СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ, ЕЕ МЕСТО В СИСТЕМЕ НАУЧНОГО ЗНАНИЯКРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Правовые основы оказания психиатрической помощи

Основные международные правовые инструменты по защите прав лиц с психическими расстройствами.

Организационные и правовые основы судебно-психиатрической экспертизы

Виды судебно-психиатрических экспертиз

Экспертизы единоличные и комиссионные.

Экспертизы однородные и комплексные.

Экспертизы первичная и повторная.

Экспертизы основная и дополнительная.

Показания к назначению амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертиз.

Судебно-психиатрический эксперт, его права и обязанности

Назначение и производство судебно-психиатрической экспертизы

Подготовка и назначение СПЭ.

З.б. Проведение экспертизы и составление заключения

Сроки судебно-психиатрической экспертизы.

Документы, составляемые по результатам судебно-психиатрической экспертизы.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТА

КОМПЛЕКСНЫЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

Комплексная судебная экспертиза.

Комплекс исследований в рамках одной экспертизы.

Комплексные психолого-психиатрические экспертизы.

Комплексные сексолого-психиатрические экспертизы.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Правоспособность, дееспособность

Недееспособность

б.3. Ограниченная дееспособность вследствие психического расстройства

Ограниченная дееспособность вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании лица недееспособным

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению недееспособности больных с органическими психическими расстройствами.

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению недееспособности больных шизофренией.

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению недееспособности лиц, страдающих умственной отсталостью.

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании лица ограниченно дееспособным вследствие психического расстройства: состояние проблемы

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших сделки

Судебно-психиатрическая оценка органических психических расстройств.

Комплексные психолого-психиатрические экспертизы по делам о признании сделки недействительной.

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам, связанным с защитой детей

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам, связанным с воспитанием детей после расторжения брака (ст. 24, п. 3 ст. 65, ст. 66 СК).

Судебно-психиатрическая экспертиза в связи с ограничением родительских прав (ст. 73 СК).

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о компенсации морального вреда

ГК. Компенсация морального вреда

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

Вменяемость, невменяемость, ограниченная вменяемость

Понятия невменяемости и недееспособности.

Психолого-психиатрическая экспертиза аффекта

УК. Убийство, совершенное в состоянии аффекта

УК. Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта

Физиологический аффект (аффект, вызванный единичным психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего)

Кумулятивный аффект (аффект, вызванный длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с поведением потерпевшего)

Судебно-психиатрическая экспертиза женщин, обвиняемых в убийстве новорожденного ребенка

УК. Убийство матерью новорожденного ребенка

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних

Особенности допроса несовершеннолетнего потерпевшего и свидетеля

Допрос несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого

Судебно-психиатрическая экспертиза по оценке уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых

УК. Освобождение от наказания в связи с болезнью

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению беспомощного состояния.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Определение и виды принудительных мер медицинского характера

Производство по применению принудительных мер медицинского характера

Критерии применения мер медицинского характера к лицам с тяжелыми психическими расстройствами

Критерии назначения принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Критерии назначения принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

ОСНОВЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ПСИХИАТРИИ

Предмет и задачи пенитенциарной психиатрии

Организация психиатрической помощи осужденным

Освобождение от дальнейшего отбывания наказания осужденных, заболевших тяжелым психическим расстройством

Особенности клиники тяжелых психогенных расстройств и шизофрении у осужденных

Некоторые вопросы пенитенциарной психиатрии

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Симптоматология психических расстройств

Синдромология психических расстройств

Невротические синдромы.

Галлюцинаторные синдромы.

Бредовые синдромы.

Синдромы деменции.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Классификация психических и поведенческих расстройств (список рубрик гл. V МКБ-10)

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Состояния нарушенного сознания.

Органическое расстройство личности и поведения.

Физическое состояние.

Органические (аффективные) расстройства настроения.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Острая интоксикация алкоголем.

Острая интоксикация в результате употребления летучих растворителей.

Синдром зависимости от алкоголя.

Синдром зависимости от наркотических средств (наркомании).

Синдром зависимости от опиатов (опийная наркомания).

Синдром зависимости от каннабиноидов (гашишизм).

Синдром зависимости от снотворных средств (барбитуровая наркомания).

Синдром зависимости от галлюциногенов.

Судебно-психиатрическая оценка.

Алкогольные психозы.

Судебно-психиатрическая оценка алкогольных психозов.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

ШИЗОФРЕНИЯ. ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Диагностические критерии шизофрении (МКБ-10)

Параноидная форма шизофрении.

Хронические бредовые расстройства.

Реактивный параноид.

Индуцированное бредовое расстройство.

Судебно-психиатрическая экспертиза.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ

Маниакальные расстройства.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Тревожно-депрессивные и соматоформные невротические расстройства.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ВЛЕЧЕНИЙ

Расстройства личности.

Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга.

Расстройства привычек и влечений, не связанные с сексуальной сферой.

Расстройства половой идентификации.

Расстройства сексуального предпочтения (парафилии).

Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ВРОЖДЕННОЕ СЛАБОУМИЕ)

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

КРАТКОВРЕМЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ)

Патологический аффект.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

СИМУЛЯЦИЯ И ДИССИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Формы симуляции.

Распространенность симулятивного поведения.

Вопросы и задания для самоконтроля

Литература

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ, ЕЕ МЕСТО В СИСТЕМЕ НАУЧНОГО ЗНАНИЯ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен: *знать*

- • объект, предмет, теоретические и практические задачи судебной психиатрии;
- • основные направления судебной психиатрии; *уметь*
- • определять место судебной психиатрии среди других научных дисциплин;
- • выделять основные задачи судебной психиатрии;
- • обозначать основные правовые последствия юридически значимых психических расстройств;

владеть

• навыками оперирования основными понятиями судебной психиатрии.

Судебная психиатрия является частью *общей психиатрии* — медицинской дисциплины, в задачи которой входят изучение клинических проявлений психических расстройств, их диагностика, лечение и восстановление жизнедеятельности пациентов в обществе. Психические заболевания социально значимы, так как искажают взаимоотношения больного с окружающим миром и нарушают различные аспекты социального функционирования пациента.

Судебная психиатрия рассматривает психические расстройства в контексте действующего законодательства, и если в общей психиатрии *основная задача* — лечение пациента, то в судебной психиатрии — *оценка влияния имеющегося психического расстройства на те или иные аспекты правового поведения человека.* При этом задачи лечения сохраняют свою актуальность, но оно осуществляется, как правило, в особом правовом контексте. Поэтому судебная психиатрия тесно связана с юридическими дисциплинами — прежде всего уголовным и гражданским правом. Законодательные нормы во многом и определяют круг задач, стоящих перед судебными психиатрами. При изменении законодательных норм может меняться и круг вопросов, стоящих перед специалистами (это касается в первую очередь психиатров-экс- пертов). Помимо непосредственной связи с юриспруденцией, как уже указывалось, судебная психиатрия имеет социальный аспект, так как занимается изучением психики правонарушителей. В связи с этим данный

раздел науки тесно смыкается с такими дисциплинами, как психология, социология, криминалистика.

Судебная психиатрия решает свои специфические задачи в рамках психиатрии как медицинской дисциплины, оперируя ее понятийным аппаратом и используя методы клинико-психопатологического исследования. В то же время судебная психиатрия находит области соприкосновения, помимо уголовного и гражданского права, со многими другими сферами знаний, так как личность правонарушителя (вне зависимости от того, страдает он психическим расстройством или нет) формируется под влиянием многих биологических и социальных факторов.

Таким образом, *методами* судебной психиатрии являются с одной стороны собственно *психиатрические* (*медицинские*) *методы,* свойственные и общей психиатрии. К таковым относятся: анамнез, клиническая беседа, медицинское наблюдение, описание психического состояния, анализ симптомов психических расстройств, применение диагностических критериев действующей классификации психических и поведенческих расстройств в сочетании с анализом данных сомато- неврологического состояния, а также данных лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования, методы лечения и реабилитации пациентов с психическими заболеваниями. С другой стороны, к ней относятся *специфические методы,* свойственные только судебной психиатрии, а именно критерии соотнесения характера и выраженности диагностированных психических расстройств с требованиями той или иной правовой нормы (например, при решении вопросов невменяемости или недееспособности), либо необходимость преломления клинических данных в плане оценки степени общественной опасности больного (при рекомендации или отмене принудительного лечения).

В *системе* судебной психиатрии можно выделить *четыре основные области,* в которых происходит непосредственное соприкосновение психиатрии и права. Первая область занимает как бы промежуточное положение между общей и судебной психиатрией. К ней относятся недобровольные меры, осуществляемые при оказании психиатрической помощи. Эти меры, а именно недобровольное психиатрическое освидетельствование и недобровольная психиатрическая госпитализация применяются к психически больным, не совершившим общественно опасных деяний, но в силу тяжелого психического расстройства представляющим опасность для себя или окружающих. Таким образом, недобровольные меры направлены на *первичную профилактику* опасных для самого себя и для общества действий пациента и предусмотрены Законом о психиатрической помощи (ч. 4 ст. 23 и ст. 29). Основная цель общей психиатрии — оказание психиатрической помощи пациентам с психическими расстройствами. Судебная психиатрия выполняет свои функции в рамках оказания помощи

правовой системе. Судебная психиатрия (в узком смысле, за исключением недобровольных психиатрических мер) изучает психические расстройства, имеющие правовое значение в уголовном и гражданском процессе, препятствующие отбыванию наказания у осужденных и представляющие общественную опасность у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ООД) и признанных судом невменяемыми (задачи *вторичной профилактики* ООД).

Разделом судебной психиатрии, наиболее отличающимся от общей психиатрии, является судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским и уголовным делам. Характерное для общей психиатрии добровольное (партнерское) взаимодействие врача-психиатра и пациента здесь отступает на второй план (хотя и не исключается). Врач психиатр- эксперт содействует правосудию в установлении истины в рамках уголовного или гражданского судопроизводства. По поручению судебноследственных органов он производит диагностику и оценку степени выраженности психических расстройств, которые могут иметь специфические правовые последствия (освобождение от уголовной ответственности, применение принудительных мер медицинского характера, признание сделки недействительной и проч.), и далее, на втором этапе судебно-психиатрической диагностики, соотносит выявленное психическое расстройство с критериями той или иной правовой нормы.

Вопросы судебной психиатрии приобретают особую значимость в связи с недавним достаточно длительным периодом социальных преобразований в нашей стране, сопровождавшимся ломкой социальных устоев и кризисными экономическими явлениями. Все это сопровождалось ухудшением общественного психического здоровья и ростом интенсивных показателей заболеваемости алкоголизмом, алкогольными психозами, наркоманией. Отмечался интенсивный рост больных со старческими психозами, реактивными (психогенными) расстройствами, психосоматическими заболеваниями, последствиями органических поражений центральной нервной системы и умственной отсталостью, т.е. тех заболеваний, в возникновении которых значительную роль играют социально-экономические факторы (прежде всего это относится к периоду 1991—2002 гг.). С 2003 г. в нашей стране начала отмечаться стабилизация социально-экономической ситуации, хотя эта тенденция часто напрямую и не соотносится с имеющимися статистическими данными по психической заболеваемости. При анализе статистики учтенной заболеваемости и болезненности (распространенности) психических расстройств необходимо иметь в виду такой специфический фактор, как активность населения в обращении за психиатрической помощью. По мере роста общей культуры населения возрастает количество обращений за психиатрической помощью. По данным Т. Б. Дмитриевой и Б. С. Положего (2009) число зарегистрированных больных всеми психическими расстройствами в

Российской Федерации составляет 2967,5 на 100 тыс. населения, из них: психозы и состояния слабоумия — 772,8; непсихотические психические расстройства — 1502,4; умственная отсталость — 692,2. Необходимо отметить, что скорость изменения здоровья населения носит инерционный характер и после почти полутора десятилетий его ухудшения в последние годы продолжают отмечаться тенденции к росту учтенной заболеваемости, в первую очередь за счет непсихотических (пограничных) психических расстройств. Необходимо учитывать, что обращение населения за психиатрической и (или) наркологической помощью в определенной степени сдерживается такими факторами, как страх потерять работу и плата за медицинские услуги. Кроме того, статистические данные строятся на отчетах в первую очередь государственных психоневрологических учреждений и за рамками учтенных расстройств остаются частные обращения граждан к психиатру или наркологу.

Велика распространенность психических расстройств и в криминальной среде, хотя ее достоверный учет возможен только среди лиц, отбывающих наказание, о чем будет сказано в гл. 9 учебника. Необходимо отметить, что установление диагноза психического расстройства само по себе не влечет никаких правовых последствий и наложения на гражданина каких-либо ограничений (ч. 3 ст. 5 Закона о психиатрической помощи). Применительно к предмету судебной психиатрии можно выделить две категории психических расстройств — *юридически значимые*(влияющие на способность гражданина к осознанной произвольной регуляции своего поведения применительно к тем или иным правовым нормам) и *юридически нейтральные.* Таким образом, многие граждане, хоть и страдающие психическими расстройствами, могут нести уголовную ответственность и отбывать наказание, совершать сделки, давать показания в суде, осуществлять воспитание детей. Эта способность и определяется при проведении судебно-психиатрической экспертизы в рамках гражданского и уголовного судопроизводства.

Таким образом, *предметом* судебной психиатрии являются психические расстройства, имеющие правовое значение в уголовном и гражданском процессе (судебно-психиатрическая экспертиза), влияющие на способность осужденного отбывать наказание (пенитенциарная психиатрия), а также представляющие общественную опасность улиц, признанных судом невменяемыми (принудительные меры медицинского характера, направленные на вторичную профилактику ООД психически больных).

Поскольку лица с психическими расстройствами нередко совершают действия, наносящие вред им самим или окружающим, судебная психиатрия подчас оказывается в фокусе общественного внимания. Однако данная дисциплина является прежде всего медицинской наукой, и в ее *задачи* входят в первую очередь *диагностика психического расстройства, определение его*

выраженности и причин возникновения, прогноз заболевания. Далее после решения диагностических задач происходит *сопоставление выявленных у пациента расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в соответствии с которой была назначена экспертиза.* В уголовном процессе это может быть решение вопросов о состоянии вменяемости-невменяемости, возможности давать показания свидетелями и потерпевшими, в гражданском процессе — вопросы дееспособности и недееспособности, способности совершать те или иные сделки. Это могут быть вопросы назначения, изменения или отмены принудительного лечения лиц, признанных невменяемыми, а также установления психических расстройств, препятствующих отбыванию наказания осужденным.

Соответственно, в судебной психиатрии можно выделить *три основные области,*связанные между собой и в то же время имеющие собственную специфику:

- • судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) в гражданском (рис. 1) и уголовном (рис. 2) процессах;
- • принудительное лечение лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ООД);
- • пенитенциарная (тюремная) психиатрия.



Рис. 1. **Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе**

Определение гражданской дееспособности (которое входит в компетенцию суда и основывается на заключении экспертов) имеет прогностическое значение. *Гражданская дееспособность* может быть определена как способность гражданина самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности в долгосрочной перспективе. Если психическое расстройство лишает гражданина такой возможности, то решением суда он может быть признан недееспособным, и ему органами опеки и попечительства назначается опекун. При определении действительности сделок оценка психического состояния лица делается ретроспективно, на период совершения сделки.

Выше обозначены лишь наиболее часто возникающие перед психиа- трами-экспертами задачи. В то же время в связи с совершенствованием законодательства и становлением институтов гражданского общества круг задач, решаемых судебными психиатрами в рамках гражданского судопроизводства, постоянно расширяется. В их компетенцию входит проведение экспертиз в соответствии с СК по вопросам, связанным с защитой интересов детей, недействительности брака и некоторые другие вопросы.

С 2015 г. в гражданское законодательство введена правовая категория «ограниченной дееспособности вследствие психического расстройства» (ч. 2 ст. 30 ГК РФ), опыт правоприменения которой в настоящее время только начинает накапливаться в судебно-психиатрической экспертной практике.

В сферу компетенции судебной психиатрии входят и недобровольные психиатрические меры, осуществляемые при оказании психиатрической помощи. Эти меры (недобровольное психиатрическое освидетельствование и недобровольная госпитализация в психиатрический стационар) регламентированы Законом о психиатрической помощи (разд. IV, ст. 23 и 29). Данные правовые нормы применяются к лицам с психическими расстройствами, не совершившим общественно опасных деяний, в случаях, оговоренных в указанном Законе, что будет рассмотрено ниже. Вступивший в силу с 8 марта 2015 г. Кодекс административного судопроизводства РФ включил в предмет своего регулирования судебные процедуры недобровольного психиатрического освидетельствования и недобровольной психиатрической госпитализации (гл. 30), отнеся их, таким образом, из сферы гражданского (ранее эти вопросы регулировались ГПК) к административному судопроизводству. К новым видам экспертиз в гражданском процессе относятся судебнопсихиатрические экспертизы по обжалованию действий по оказанию психиатрической помощи, недобровольного психиатрического освидетельствования, а также

недобровольных госпитализации и лечения. Возможно назначение и проведение СПЭ по трудовым спорам.

На рис. 2 показаны наиболее часто встречающиеся задачи экспертов при проведении судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе. Помимо этого при СПЭ обвиняемых в компетенцию судебных психиатров-экспертов входит не только оценка глубины (тяжести) психического расстройства и степени его влияния на юридически значимое поведение, но и в случаях, когда дается заключение о неспособности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (на основании чего суд может признать лицо невменяемым), оценка степени опасности пациента для общества. В случаях, когда пациент совершил деяние в состоянии невменяемости и в силу своего психического расстройства, может принести иной существенный вред обществу или быть опасным для себя или других лиц, ему могут быть рекомендованы те или иные принудительные меры медицинского характера (ч. 1 ст. 21; ст. 97—103 УК).

При таком изменении психического состояния лица, которое определяет исчезновение его общественной опасности, принудительные меры медицинского характера подлежат прекращению, даже если полного излечения не наступило и оно остается психически больным.

При судебно-психиатрической экспертизе потерпевших помимо оценки способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и способности давать показания и участвовать в судебном процессе *(уголовно-процессуальной дееспособности*) могут решаться вопросы по определению психического состояния, обусловившего беспомощное состояние потерпевшего, а также по определению степени тяжести телесных повреждений, повлекших психические расстройства.

Весьма часто у обвиняемых, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, диагностируются те или иные психические нарушения, не исключающие вменяемости. В таких случаях может даваться заключение о неспособности лица в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Такие лица согласно ст. 22 УК подлежат уголовной ответственности, и им может быть рекомендовано амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, которое осуществляется по месту исполнения наказания (ст. 104 УК).

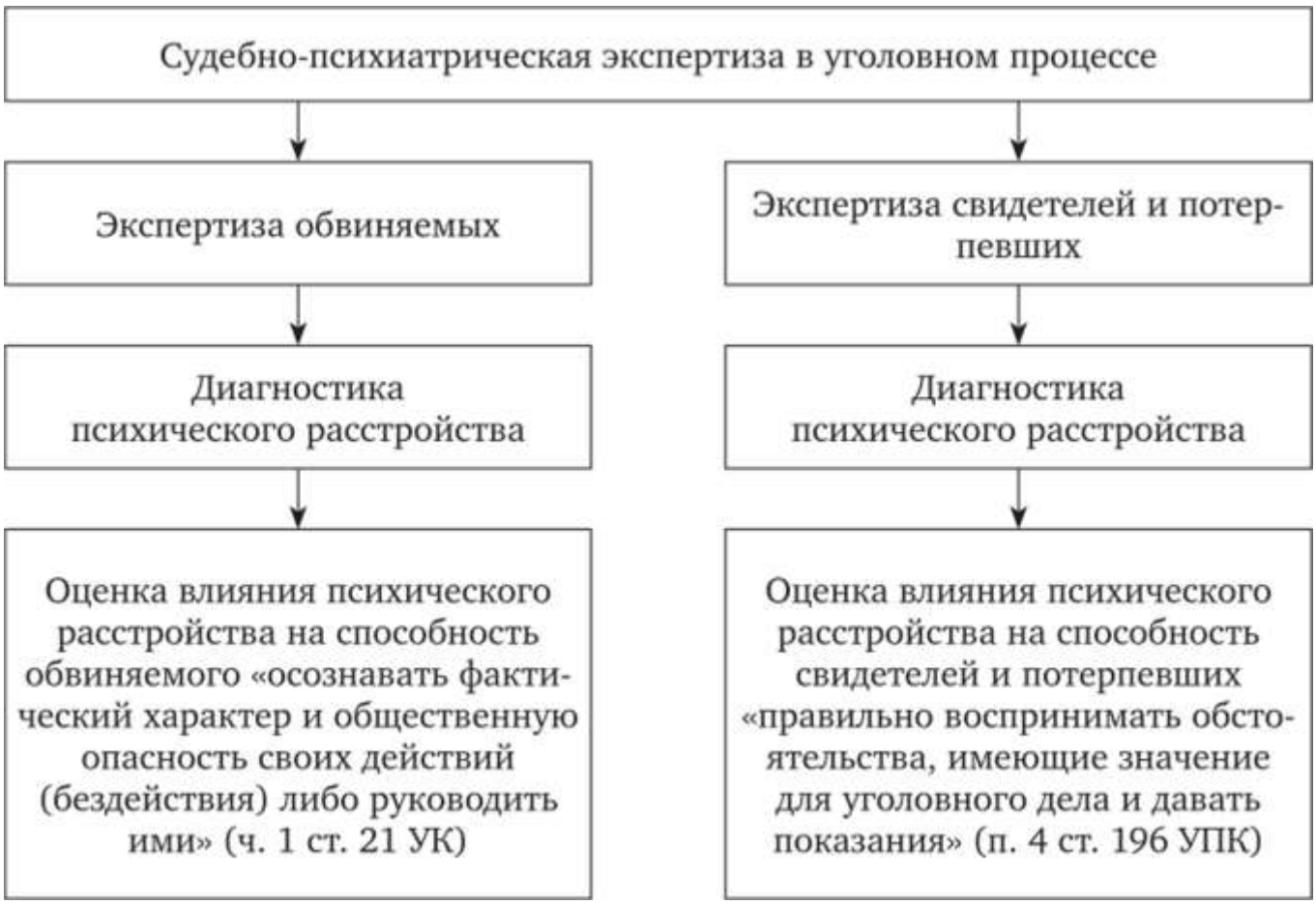


Рис. 2. **Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе**

Принудительные меры медицинского характера (принудительное лечение) применяются к больным с тяжелыми психическими расстройствами, совершившим общественно опасные деяния в состоянии невменяемости (ч. 1 ст. 21 УК), либо к лицам, у которых развилось психическое расстройство после совершения правонарушения, но до решения суда или после осуждения к лишению свободы (ч. 1 ст. 81 УК). Принудительные меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра могут применяться также к лицам, совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, в том числе расстройством сексуального предпочтения в форме педофилии[1] (ч. 2 ст. 22, п. «в», «д» ч. 1 ст. 97 УК). Данный раздел является весьма значимым не только для собственно судебной психиатрии, но и для общества в целом, так как выбор меры медицинского характера, содержание лечебно-реабилитационных мероприятий в период проведения принудительного лечения, его длительность определяют вероятность совершения данными больными повторных общественно опасных деяний. Виды принудительных мер медицинского характера, порядок их применения, а также круг лиц, к которым эти меры применяются, определены уголовным законом (гл. 15 УК). Суд назначает принудительное лечение после рассмотрения дела в порядке

уголовного судопроизводства (гл. 52 УПК). Только суд может прекратить или изменить вид принудительного лечения, причем он вправе это сделать лишь в соответствии с уголовно-процессуальным законодательством.

Проблематика, связанная с принудительным лечением, охватывает разработку критериев оценки психических расстройств, определяющих общественную опасность лиц с тяжелыми психическими расстройствами, разработку показаний для назначения тех или иных принудительных мер медицинского характера, их отмены или изменения их вида. Чрезвычайно актуальными остаются проблемы организации и проведения принудительного лечения, внедрения эффективных лечебно-реабилитационных программ, направленных на профилактику совершения этими больными повторных ООД и пр.

Пенитенциарная (*тюремная*) *психиатрия* занимается вопросами оказания психиатрической помощи осужденным к лишению свободы. Это весьма значимая область судебной психиатрии, поскольку у большинства осужденных обнаруживаются те или иные психические расстройства, хотя и не исключающие вменяемости и не препятствующие в целом отбыванию наказания, но во многих случаях затрудняющие адаптацию осужденных в исправительных учреждениях.

Необходимо отметить, что сами условия, в которых находятся осужденные к лишению свободы, являются стрессовым фактором, оказывающим негативное влияние на психическую сферу человека. Это может выразиться в ухудшении психического состояния осужденного, появлении неадекватных поведенческих реакций в виде повышенной конфликтности, нарушении режима содержания и т.п. Таким образом, данные лица нуждаются в психиатрической помощи как в силу объективной необходимости (своевременное психиатрическое лечение может содействовать отбыванию наказания), так и в силу субъективной потребности. В связи с этим роль психиатра в оказании помощи лицам с психическим расстройством, которые испытывают затруднения при адаптации к условиям исправительного учреждения, может быть достаточно значимой.

Задачей психиатров, работающих в местах лишения свободы, является также обнаружение у осужденных тяжелых психических расстройств, которые препятствуют отбыванию наказания. В таких случаях осужденные освобождаются судом от его дальнейшего отбывания (ст. 81 УК), и одновременно суд может применить к больному принудительные меры медицинского характера. Наличие у лица неглубокого психического расстройства, которое, хотя и не лишало его способности понимать фактический характер своих действий и руководить ими, но ослабляло возможность к произвольной регуляции поведения (т.е. в определенной степени способствовало совершению правонарушения), может послужить

основанием для применения ст. 22 УК и рекомендации лицам с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, в том числе с расстройством сексуального предпочтения в форме педофилии, принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 22 УК). В этих случаях принудительное наблюдение и лечение у психиатра в местах лишения свободы может рассматриваться как мера, не только способствующая отбыванию наказания и достижению его целей, но и как одно из средств предупреждения повторных правонарушений.

Таковы три основных относительно самостоятельных раздела судебной психиатрии как прикладной отрасли психиатрии.

Структура излагаемого в данном учебнике курса направлена на последовательное и систематическое освоение учебного материала студентами-медиками и правоведами, врачами-психиатрами, обучающимися в системе последипломного профессионального образования. Первые три части охватывают все выделенные выше основные разделы судебной психиатрии. Клинические части учебника включают основы общей психопатологии и описание основных форм психических расстройств и их судебно-психиатрического значения.

Общие представления о клинических проявлениях психических заболеваний требуются следователям, прокурорам, судьям, адвокатам в их повседневной практической работе в объеме, необходимом для эффективного решения задач в рамках профессиональной деятельности. Следователь и судья должны: решать вопросы о назначении СПЭ; собирать материалы, необходимые экспертам; правильно формулировать перед ними вопросы; уметь оценить экспертное заключение и использовать его в судебном процессе. Адвокаты также должны уметь оценить необходимость назначения экспертизы, полноту и обоснованность экспертных выводов в целях защиты интересов клиентов.

Отдельно рассматриваются вопросы симуляции. Данная проблема весьма актуальна для судебной психиатрии, поскольку нередко обвиняемые и осужденные пытаются таким образом избежать уголовной ответственности или получить определенные выгоды во время отбывания наказания.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Назовите методы, предмет и задачи судебной психиатрии.
- 2. Каковы основные направления судебной психиатрии?
- 3. Перечислите основные задачи судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе.
- 4. Перечислите основные задачи судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе.

- 5. Каковы основные задачи применения принудительных мер медицинского характера и пенитенциарной психиатрии?

Литература

Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. 2-е изд. М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.

Руководство по судебной психиатрии : практ. пособие / под ред. А. А. Ткаченко. 2-е изд. перераб. и доп., 2017.

Судебная психиатрия : учеб, пособие / Т. Б. Дмитриев [и др.]. М., 2008.

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • правовые основы оказания психиатрической помощи;
- • правовые и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы;

уметь

- • обозначать правовую и организационную структуру оказания психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы;
- • ориентироваться в правах и обязанностях судебно-психиатрического эксперта;
- • оценивать последовательность назначения судебно-психиатрической экспертизы и этапов ее производства;

владеть

• навыками применения правовых знаний, необходимых при оказании психиатрической помощи, назначении и производстве судебно-психиатрической экспертизы.

Правовые основы оказания психиатрической помощи

Судебная психиатрия существует в контексте общей медицины и общей психиатрии. Что касается уголовно-правовых аспектов судебной психиатрии, если проводить аналогию между общественно опасными деяниями, совершаемыми больными с тяжелыми психическими расстройствами, и

преступлениями психически здоровых лиц, то существуют два *направления профилактики правонарушений. Первое направление* подразумевает предупреждение преступлений, осуществляемое в рамках уголовного правосудия и связанное в основном с назначением наказания за совершенное преступление (а в случае наличия у правонарушителя психического расстройства, лишающего его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, — освобождение от наказания с применением мер медицинского характера). *Второе направление* — в отношении психически здоровых лиц — объединяет все меры, находящиеся вне рамок уголовной юстиции и направленные на устранение любой возможности совершения преступления. Как правило, они находятся под юрисдикцией административного, гражданского, семейного, трудового и других отраслей права, не входящих в криминалистический цикл.

Большинство ученых-юристов признают преимущества и эффективность именно превентивного, собственно криминологического воздействия на преступность. В отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами подобный превентивный характер носят медицинские мероприятия (своевременное оказание психиатрической помощи), которые осуществляются в рамках действующего законодательства, касающегося охраны психического здоровья, в том числе Закона о психиатрической помощи. Вместе с тем кардинальный принцип оказания медицинской помощи (за исключением отдельно оговоренных случаев) — его *добровольность.* В общей медицине помощь без согласия пациента может оказываться при неотложных состояниях, угрожающих жизни больного.

Психические расстройства имеют свою специфику — при тяжелых их формах нарушаются осознание и критическое отношение к заболеванию и связанному с ним поведению. И если психическое расстройство определяет такие формы поведения, которые являются опасными для здоровья и жизни самого больного или окружающих, то возникает необходимость в оказании недобровольной психиатрической помощи, т.е. без осознанного согласия самого пациента. При этом очень важно, чтобы не было злоупотреблений в отношении психически больных и излишнего ущемления их гражданских прав и свобод, поскольку опасные формы поведения больных определяются не криминальной мотивацией, а психическим расстройством. В связи с этим целесообразно рассмотреть международный законотворческий опыт в сфере охраны психического здоровья и защиты прав пациентов с психическими расстройствами.

Законодательство в области охраны психического здоровья является важным инструментом, гарантирующим адекватное и своевременное лечение и уход, защиту прав лиц, страдающих психическими расстройствами, способствует повышению уровня информированности и просвещения как среди пациентов

и их родственников, так и всех членов общества. Существуют различные подходы к законодательству в области охраны психического здоровья. В одних странах не существует специальных законов в данной сфере, а положения, связанные с защитой психического здоровья населения, прописаны в иных законодательных актах. В то же время есть страны, обладающие консолидированным законодательством в области психического здоровья, где все аспекты, относящиеся к оказанию помощи и предоставлению услуг в области психического здоровья, зафиксированы в одном законе. Оба подхода имеют как преимущества, так и недостатки. Специальное законодательство легче принимать и исполнять; при этом нет необходимости внесения многочисленных поправок в уже существующие законы. Комбинированный подход, который предполагает включение вопросов оказания психиатрической помощи в уже существующие законодательные акты при одновременном принятии специального законодательства в области психического здоровья, наиболее оптимально сможет удовлетворить потребности лиц, страдающих психическими расстройствами.

Проблема *недобровольной госпитализации* и последующего лечения психически больных в психиатрическом стационаре является сложной и многогранной, включает в себя медицинский, юридический и организационный аспекты. Данный вид госпитализации неразрывно связан с профилактикой общественно опасных действий, аутоагрессивного поведения, а также направлен на повышение уровня социально-психологической адаптации и правовой защищенности больных с психическими расстройствами.

Недобровольная госпитализация является одной из форм оказания психиатрической помощи, связанной с помещением лица, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар вопреки его воле. В англоязычной литературе используется термин involuntary commitment, что дословно переводится как недобровольная изоляция. Использование такого названия связано с тем, что пациенты, госпитализированные в недобровольном порядке, в ряде стран имеют закрепленное законом право отказаться от лечения (если они не нуждаются в неотложной психиатрической помощи). Группа лиц с психическими расстройствами рассматривается как наиболее уязвимая по сравнению с остальным населением. Эти граждане чаще других оказываются в ситуации, когда в связи с психическим расстройством они не способны самостоятельно отстаивать свои права и, следовательно, могут подвергаться эксплуатации, унижению и некоторым другим нарушениям своих основных прав.

В государствах — членах Европейского союза законодательство в области психического здоровья должно содержать гарантии против неоправданной

недобровольной госпитализации, которые базируются на трех принципах, сформулированных Европейским Судом по правам человека:

- • психическое расстройство устанавливается независимой медицинской экспертизой;
- • для ограничения свободы психическое расстройство должно быть определенного вида и степени тяжести;
- • для продления подобного ограничения свободы необходимо представить доказательства того, что психическое расстройство по-прежнему имеет место.

В настоящее время в некоторых странах Евросоюза к защите прав пациентов с психическими расстройствами и подготовке законодательных актов в области психиатрии активно привлекаются различные неправительственные организации — ассоциации пользователей психиатрической помощи (пациентов и их родственников), а также международные и национальные правозащитные организации (например, Хельсинский комитет по защите прав человека, «Женевская инициатива в психиатрии», «Международная амнистия» и др.).

Основные международные правовые инструменты по защите прав лиц с психическими расстройствами.

Защита прав этих лиц осуществляется на основе норм нескольких международных конвенций, резолюций и рекомендаций, наиболее известными из которых являются:

- • Статья 5 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) 1950 г.;
- • Рекомендации Комитета министров Совета Европы R (83) 2 «Правовая защита лиц, страдающих психическими расстройствами, недобровольно помещенных в стационар» (Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation No. R (83) 2 «Concerning the Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorders Placed as Involuntary Patients») 1983 г.;
- • Рекомендации Парламентской Ассамблеи Совета Европы № 1235 (1994) по психиатрии и правам человека (Council of Europe, Parliamentary Assembly, Recommendation 1235 (1994) on Psychiatry and Human Rights);
- • Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 46 (119) «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения здравоохранения в области психиатрии» (Resolution of the General Assembly of the United Nations «Principles for the Protection of

Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care»);

- • «Белый лист» по защите прав человека и достоинства лиц, страдающих расстройствами психики, особенно подвергнутых недобровольной госпитализации, принятый Руководящим комитетом по биоэтике Совета Европы 3 января 2000 г. (Council of Europe, Steering Committee on Bioethics (CDBI), «White Paper» on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric environment);
- • Рекомендации Rec (2004) 10 государствам — членам Совета Европы относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами, принятые Комитетом министров 22 сентября 2004 г. (Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder).

Понятно, что к недобровольной госпитализации следует прибегать только тогда, когда нет других альтернатив. В то же время необходимость применения недобровольной госпитализации к лицам, страдающим психическими расстройствами, обусловлена спецификой состояния этих субъектов — непредсказуемым поведением, искаженной оценкой своего состояния, неспособностью адекватно оценить его тяжесть и необходимость лечения.

Поскольку госпитализация направлена на восстановление здоровья больного человека, несомненным представляется то, что она должна применяться в первую очередь в интересах больного.

Цели законодательства о недобровольной госпитализации

заключаются в следующем:

- 1) защита прав и интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь;
- 2) защита лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза;
- 3) защита общества от возможных опасных действий больных;
- 4) защита врачей и других медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Согласно определению Совета Европы *недобровольная психиатрическая госпитализация* означает прием и удержание для лечения человека, страдающего от психического расстройства, в больнице либо другом медицинском или соответствующем учреждении, произведенные не по его просьбе (Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation No. R

(83) 2). Недобровольная госпитализация пациента в психиатрический стационар может быть произведена только в исключительных случаях: когда по причине своего психического расстройства он представляет серьезную опасность для себя или других лиц. Могут иметь место и дополнительные критерии: если отсутствие госпитализации привело бы к ухудшению психического состояния пациента или помешало бы предоставлению ему соответствующего лечения.

Таким образом, основной рекомендованный критерий для недобровольной госпитализации — это *опасность для себя или окружающих,* дополнительные могут предусматриваться в странах Евросоюза по усмотрению местных законодателей, что предполагает возможность определенного разнообразия в законодательных практиках этих стран. Так, в некоторых странах Евросоюза (в частности, Болгарии) недобровольной госпитализации подлежат лица, которые из-за заболевания «могут совершить преступление, представляющее опасность для их близких, для окружающих, для общества» или пребывание которых вне специализированного медицинского учреждения «серьезно угрожает их здоровью». Отличительной чертой данных законодательных актов является то, что для недобровольной госпитализации лица с тяжелым психическим расстройством необходимо не просто наличие его непосредственной опасности для себя или окружающих, а определение вероятности совершения им преступления. Данный вопрос относится к сфере уголовного судопроизводства; при этом установление вероятности совершения преступления входит в компетенцию суда. Вторым существенным отличием является необходимость проведения судебнопсихиатрической экспертизы, которую назначает суд. Таким образом, по существу, данный вид психиатрической помощи согласно указанной законодательной практике регулируется как гражданским, так и уголовным законодательством, что должно обеспечить дополнительные гарантии прав пациентов.

В США существуют следующие две формы госпитализации в психиатрический стационар без согласия пациента.

- 1. *Временная госпитализация (неотложная госпитализация или госпитализация по рекомендации одного врача).* Подобная госпитализация применяется по отношению к больным, которые не в состоянии сами принимать решение, или к больным, у которых имеются настолько острые нарушения, что они должны быть немедленно госпитализированы в психиатрическую больницу (неотложная госпитализация) . При этой процедуре больной поступает по письменной рекомендации одного психиатра. После того как его доставили в больницу, он должен быть обследован двумя врачами, и если они подтвердят необходимость госпитализации, больного

принимают. Эта процедура носит временный характер, так как больной не может удерживаться в больнице против своей воли более 15 дней.

- 2. Во всех штатах существует приблизительно одинаковая система *недобровольной госпитализации (по рекомендации двух врачей).* Это обычно делается, когда психически больные представляют опасность для себя и для окружающих в такой степени, что имеется необходимость их лечения в закрытых учреждениях. Поскольку указанные лица не осознают, что им необходимо лечиться, обращение за психиатрической помощью может исходить от родственников или друзей. После обращения за помощью такого больного должны обследовать два врача, и если они подтвердят необходимость госпитализации, она может быть осуществлена. Санкционирование госпитализации психически больных обычно осуществляется постановлением суда о задержании. Однако психиатры давно считают это название неудачным, поскольку постановление о задержании юридически означает ордер на арест. Поэтому Американская ассоциация адвокатов и Американская психиатрическая ассоциация рекомендовали заменить этот термин на менее оскорбительный и точный — «постановление суда о госпитализации», который принят большинством штатов. Имеется установленная процедура письменного извещения ближайших родственников в случае принудительной госпитализации. Более того, больной в любое время должен быть доступен юридическому совету, который может доложить о нем судье. Если судья не считает госпитализацию необходимой, он может потребовать освобождения больного.

Недобровольная госпитализация разрешается на 60 дней. По истечении этого времени, если необходимость в госпитализации сохраняется, случай должен периодически рассматриваться советом (коллегией), состоящим из психиатров, юристов и других граждан, не связанных с данным учреждением. В штате Нью-Йорк этот совет называется Информационной службой психического здоровья. В полномочия штата входит обязанность судить о нуждаемости психически больных в заботе. Этим занимается parens patriae, или полицейская служба, задача которой — предотвращение опасных действий психически больных в отношении себя и других лиц.

Несмотря на четко очерченные процедуры, обеспечивающие при госпитализации гарантии для больных и для их семей, а также для врачей и юристов, недобровольная госпитализация рассматривается многими как нарушение прав человека. Лица, подвергшиеся недобровольной госпитализации и с ней несогласные, имеют право сделать обращение с просьбой о habeas corpus (английский закон 1679 г. о неприкосновенности личности), об их освобождении и рассмотрении вопроса о законности госпитализации. По закону заявление об освобождении может быть провозглашено от имени третьего лица, которое считает, что ограничение

свободы было незаконным. С данным заявлением обращаются в суд, который должен решить, проведена ли госпитализация с должным соблюдением закона. Причем этот вопрос должен решаться судом незамедлительно, независимо от формы, в которой представлена жалоба. Медицинские учреждения обязаны представлять эти жалобы на рассмотрение суда немедленно.

Таким образом, законодательная база оказания психиатрической помощи, в том числе недобровольной госпитализации, применения принудительных мер медицинского характера, находится в процессе своего развития и совершенствования в соответствии с принципами соблюдения прав человека и ценностями демократического общества, а защита прав пациентов является приоритетом в совершенствовании законодательства в области здравоохранения. Данный приоритет декларирован Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и направлен на дестигматизацию и защиту от дискриминации пациентов с психическими расстройствами и их семей.

В Российской Федерации вопросы оказания психиатрической помощи регулируются *Законом о психиатрической помощи,* который был принят 2 июля 1992 г. В Законе указывается, что психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина. Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с международными классификациями психических и поведенческих расстройств. Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных Законом, и лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией РФ и федеральными законами.

В российском законе процедура и критерии для госпитализации лица с психическим расстройством в психиатрический стационар (в «медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях» — в последней редакции Закона) в недобровольном порядке аналогичны процедуре и критериям психиатрического освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя. Согласно ст. 29 Закона недобровольная госпитализация лица в психиатрический стационар является обоснованной, если психическое расстройство является тяжелым и обусловливает один из трех критериев: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные

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

При этом решение о недобровольном психиатрическом освидетельствовании и недобровольной госпитализации в экстренных случаях (п. «а» ст. 29 Закона) может приниматься врачом-психиатром единолично. В этом случае в психиатрическом стационаре в течение 48 часов комиссия врачей-психиатров должна освидетельствовать пациента, и если недобровольная госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии вместе с заявлением психиатрического учреждения направляется в суд по месту нахождения учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании в нем лица. В случае если комиссия врачей-психиатров, равно как и суд, куда направлено заключение, признает госпитализацию необоснованной, пациент подлежит немедленной выписке.

В других случаях (п. «б», «в» ст. 29 Закона) недобровольное психиатрическое освидетельствование и недобровольная госпитализация осуществляются с санкции судьи. Судебное рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке проводится при обязательном участии госпитализированного лица, прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации. Для продления госпитализации в недобровольном порядке психиатрическое учреждение должно обратиться в суд по истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар, а в дальнейшем — ежегодно. Таким образом, действующее отечественное законодательство в области охраны психического здоровья соответствует современным международным стандартам и позволяет защитить права лиц с психическими расстройствами.

Организационные и правовые основы судебно-психиатрической экспертизы

Судебными являются экспертизы, проводимые по назначению суда в рамках уголовного или гражданского судопроизводства в порядке, установленном процессуальным законодательством (УПК и ГПК), что отличает их от прочих экспертиз в сфере здравоохранения (медикосоциальных, военно-врачебных и пр.). В уголовном процессе на этапе предварительного следствия их вправе назначать дознаватель, следователь и руководитель следственного органа[1]. Практически все судебнопсихиатрические экспертизы в Российской Федерации проводятся в государственных судебно-психиатрических экспертных учреждениях. Деятельность этих учреждений регламентируется *Законом о ГСЭД.* Согласно ч. 1 ст. 11 этого Закона государственными судебно-экспертными учреждениями (СЭУ) являются либо специализированные государственные учреждения, либо

специализированные подразделения государственных учреждений, предназначенные для производства судебных экспертиз.

В судебной психиатрии нет самостоятельных СЭУ (с правом юридического лица), которые осуществляли бы только экспертные функции. В настоящее время судебно-психиатрическую экспертную деятельность осуществляют структурные подразделения (отделения судебно-психиатрической экспертизы) государственных психиатрических учреждений (больниц и диспансеров) общего профиля. Указанные подразделения могут быть как амбулаторными, так и стационарными; причем последние имеют две разновидности — стационарные отделения для лиц, не содержащихся под стражей («бесстражные» отделения), и стационарные отделения для лиц, содержащихся под стражей («стражные» отделения). Эти структурные подразделения и можно обозначить как *судебно-психиатрические экспертные учреждения* (СПЭУ).

Система СПЭУ образует основу государственной судебно-психиатрической экспертной службы страны. Необходимо отметить, что деятельность головного научного учреждения РФ в области судебной психиатрии — Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского (НМИЦПН им. В. П. Сербского) не исчерпывается лишь судебно-психиатрической проблематикой; в его структуре имеется ряд научно-клинических подразделений, связанных с иными научными направлениями. Этим судебно-психиатрическая служба отличается от иных СЭУ, действующих в системе Минздрава России (бюро судебно-медицинской экспертизы), Минюста России (лаборатории судебной экспертизы) и некоторых других ведомств, предназначенных только для судебно-экспертной деятельности.

В число государственных СПЭУ помимо экспертных подразделений Федерального государственного учреждения — НМИЦПН им. В. П. Сербского также входят экспертные отделения психиатрических учреждений, находящиеся в подчинении субъектов РФ. В соответствии с ч. 1 ст. 62 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» судебно-психиатрическая экспертиза проводится в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством РФ о государственной судебно-экспертной деятельности. Таким образом, законодательство о здравоохранении не предусматривает, но и не запрещает проведение экспертиз в негосударственных СПЭУ, отсылая к Закону о ГСЭД. Государственные СПЭУ согласно ч. 5 ст. 11 Закона о ГСЭД должны находиться на базе учреждений здравоохранения. В данном Законе не предусмотрено создание государственных СПЭУ на базе психиатрических учреждений иных ведомств (МВД, Минобороны России и пр.).

В то же время законодательство допускает проведение любых судебных экспертиз и вне экспертных учреждений (ч. 4 ст. 199 УПК, ч. 2 ст. 84 ГПК, ст. 41 Закона о ГСЭД). Поэтому в ходе уголовного или гражданского судопроизводства СПЭ может поручаться и другим лицам, назначенным экспертами в порядке, установленном УПК и ГПК. Если судебно-следственные органы поручают проведение СПЭ лицу, не являющемуся сотрудником СПЭУ, они должны удостовериться в его профессиональной компетентности, наличии специальной подготовки, условий, необходимых для проведения экспертных исследований. При этом на судебные экспертизы, проводимые вне государственных СПЭУ, распространяются некоторые статьи Закона о ГСЭД, касающиеся основных принципов судебно-экспертной деятельности, прав и обязанностей эксперта и требований, предъявляемых к экспертному заключению (ч. 2 ст. 41 Закона о ГСЭД).

В государственных СПЭУ «судебно-психиатрическая экспертиза» как вид медицинской деятельности подлежит обязательному лицензированию на федеральном уровне (Росздравнадзором), как и иная медицинская деятельность организаций государственной системы здравоохранения[1] (срок действия лицензии — бессрочно[2] [3]).

В зависимости от правового статуса подэкспертных и задач экспертного исследования, как уже указывалось, отделения СПЭ подразделяются на амбулаторные и стационарные, а последние — на «стражные» (для лиц, содержащихся под стражей) и «бесстражные» (для прочих лиц), что предусмотрено ст. 32 и 33 Закона о ГСЭД. Первый тип отделений приспособлен для содержания арестованных, обеспечивается охраной и соответствующими системами безопасности. Не допускается помещать арестованных в «бесстражные» отделения и наоборот. Лица, не содержащиеся под стражей, могут помещаться в общие психиатрические отделения, если это не затрудняет производство СПЭ. Однако проводить СПЭ данным лицам все равно будут сотрудники отделений

СПЭ, поскольку только они имеют надлежащую подготовку. Отделения амбулаторных СПЭ проводят экспертизы всем, кому назначен данный вид экспертного исследования, независимо от их правового статуса. Решение об организации или закрытии судебно-психиатрического экспертного учреждения принимается органом управления здравоохранением, в подчинении которого данное учреждение находится.

Работа судебно-психиатрических экспертных учреждений организована по зонально-территориальному принципу, т.е. каждое экспертное учреждение обслуживает судебно-следственные органы определенной территории, что закреплено в законодательстве (ч. 8 ст. 11 Закона о ГСЭД). Крупные СПЭУ организуются, как правило, при областных (республиканских) психиатрических учреждениях и обслуживают территорию

соответствующего субъекта РФ[1]. Как правило, это территория того субъекта РФ, органы управления здравоохранением которого организовали данное экспертное учреждение. Поручение экспертизы другому СПЭУ возможно в порядке исключения, при наличии веских причин[4] [5]. Экспертные учреждения, проводящие экспертизу по поручению правоохранительных органов не только своего, но и других регионов (обычно соседних), именуются межобластными (обычно это «страж- ные» стационарные отделения, имеющиеся не в каждом субъекте РФ).

На отдельные государственные СПЭУ в соответствии с ч. 2 ст. 38 Закона о ГСЭД могут быть возложены функции научно-методического обеспечения судебной экспертной деятельности, а также профессиональная подготовка и повышение квалификации государственных судебных экспертов. Для СПЭУ подобным всероссийским научно-методическим центром является НМИЦПН им. В. П. Сербского Минздрава России. Специалисты Центра анализируют ежегодные отчеты о деятельности СПЭУ со всей страны, координируют их работу, рецензируют экспертные заключения, участвуют в подготовке нормативных правовых актов в области судебной психиатрии, осуществляют подготовку психиатров-экспертов и пр. Кроме того, НМИЦПН им. В. П. Сербского осуществляет функции практического экспертного учреждения, проводя СПЭ для Москвы и Московской области, а также наиболее сложные экспертизы для остальных регионов РФ.

Заключения, даваемые экспертами НМИЦПН им. В. П. Сербского, не имеют каких-либо преимуществ перед заключениями других экспертов (в том числе и не работающих в СПЭУ). Поэтому, когда по одному делу проводятся несколько экспертиз с различающимися выводами, судебно-следственные органы, рассмотрев эти заключения по существу, т.е. с точки зрения их научной обоснованности, внутренней непротиворечивости экспертных выводов, соответствия другим доказательствам и пр., вправе отвергнуть одни заключения и принять в качестве достоверных другие. Таким образом, принцип инстанционности в сфере производства СПЭ отсутствует. Необходимо отметить, что в ряде областей юридической деятельности принцип инстанционности правомерен. Так, суд вышестоящей инстанции вправе отменить решение нижестоящего суда. В сфере государственного управления более высокая административная инстанция может в пределах своей компетенции отменять решения подчиненных ей организаций и должностных лиц. Однако для следственной, судебной и экспертной практики приведенные выше правила неприемлемы из-за их противоречия закону. Заключения экспертов являются одним из доказательств по уголовному или гражданскому делу, и согласно закрепленному в процессуальном законе принципу свободной оценки доказательств лицами, ведущими судопроизводство, никакие доказательства для суда, прокурора, следователя и лица, производящего дознание, «не имеют заранее установленной силы» (ч. 2 ст. 17 УПК; ч. 2 ст. 67 ГПК).

Государственная судебно-психиатрическая экспертная служба является в настоящее время единственной организационно оформленной и имеющей прочную юридическую базу системой, которая обеспечивает судебно-экспертное обслуживание правоохранительных органов. Действующее российское законодательство не предусматривает (хотя и не запрещает) возможности существования негосударственных судебно-экспертных учреждений. Между тем, как уже отмечалось, процессуальный закон допускает производство судебных экспертиз как в экспертном учреждении, так и вне его. Однако следует учитывать, что проведение СПЭ требует от эксперта помимо компетентности в вопросах диагностики и лечения психических расстройств знания специфических судебно-психиатрических аспектов, требующих дополнительной подготовки. Для создания альтернативной службы, включающей негосударственные СПЭУ, а также частных психиатров-экспертов, имеющих соответствующую подготовку и лицензию на право производства судебно-психиатрических экспертиз, в настоящее время отсутствуют надлежащая правовая база и удовлетворительные фактические условия (материальные, технические, кадровые).

В то же время одним из шагов к повышению ответственности судебнопсихиатрических экспертов, закреплению их профессиональных навыков, а также развитию состязательности экспертов в уголовном и гражданском судопроизводстве было бы введение практики единоличных СПЭ. Необходимо пояснить, что в настоящее время сохраняется сложившаяся практика комиссионных экспертиз (в которых участвуют, как правило, три психиатра-эксперта), что существенно отличает СПЭ от других типов судебных экспертиз (например, судебно-психологических или судебно-медицинских), которые почти всегда являются единоличными. Согласно ч. 2 ст. 21 Закона о ГСЭД комиссионный характер экспертизы определяется органом или лицом, ее назначившими, либо руководителем ГСЭУ. При этом комиссионное заключение не имеет никаких юридических преимуществ перед единоличным заключением судебного эксперта (речь идет об однородных экспертизах, когда в комиссии участвуют специалисты одной отрасли знаний).

- [1] В настоящее время прокурор не вправе проводить лично отдельные следственныедействия (в том числе назначать судебно-психиатрическую экспертизу), которые теперьотнесены законом исключительно к компетенции следственных органов. В то же времясохраняются другие полномочия прокурора (поддержание обвинения в суде, утверждение обвинительного заключения и др.), что предполагает необходимость оценки имдоказательств по делу, включая и экспертное заключение.
- [2] См.: постановление Правительства РФ от 21.11.2011 № 957 «Об организациилицензирования отдельных видов деятельности»;

Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную системуздравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденноепостановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291.

- [3] См.: Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельныхвидов деятельности».
- [4] Судебно-психиатрическая экспертная служба (СПЭС) РФ на 01.01.2016 организована в всех субъектах РФ, представлена 135 психиатрическими учреждениями (91 психиатрической больницей, 43 психоневрологическими диспансерами и ФГБУ «НМИЦПНим. В. П. Сербского») [Мохонько, Муганцева, 2016].
- [5] Согласно п. 5 ППВС № 28 в тех случаях, когда в государственном СЭУ, обслуживающем определенную территорию, невозможно производство судебной экспертизы в связис отсутствием эксперта конкретной специальности или надлежащей материально-технической базы либо специальных условий для выполнения исследований, а также при наличии обстоятельств, указанных в ст. 70 УПК, т.е. когда все компетентные государственныеСЭУ на данной территории не могут выступить в этом качестве, ее производство можетбыть поручено государственным СЭУ, обслуживающим другие территории, негосударственному СЭУ или лицу, не работающему в СЭУ, в том числе сотруднику научно-исследовательского учреждения, вуза или иной организации, обладающему специальнымизнаниями и имеющему в распоряжении необходимое экспертное оборудование.

Виды судебно-психиатрических экспертиз

Существуют различные классификации экспертных исследований. В то же время СПЭ как самостоятельный род экспертиз имеет свою внутреннюю классификацию, которая частично является общей для всех судебных экспертиз. В *уголовном процессе* по стадиям и по органу, назначившему экспертизу, можно выделить: экспертизы на предварительном следствии и на стадии судебного разбирательства; экспертизы, назначенные лицом, производящим дознание, следователем, судом. В *гражданском судопроизводстве* СПЭ назначаются только судом.

Экспертизы единоличные и комиссионные.

Единоличная экспертиза осуществляется одним экспертом, а комиссионная — экспертной комиссией (двумя и более экспертами). Необходимо отметить, что в действующем законодательстве (УПК, ГПК, Закон о ГСЭД) субъект проведения экспертизы обычно упоминается в единственном числе —

«эксперт». При проведении комиссионной экспертизы все эксперты равноправны (обладают одинаковыми процессуальными правами и обязанностями). Каждый эксперт действует самостоятельно и несет личную ответственность за данное им заключение. В случае расхождений каждый эксперт имеет право дать отдельное заключение (ч. 2 ст. 200 УПК; ч. 2 ст. 83 ГПК; ч. 2 ст. 22 Закона о ГСЭД). Необходимо пояснить, что в отечественной судебной психиатрии в течение многих десятилетий был принят принцип комиссионности, закрепленный в Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27.10.1970[1] (хотя эта практика действовала и ранее). Считается, что «правило трех экспертов» было призвано обеспечить полноту и объективность экспертных выводов (разумеется, имеются в виду однородные СПЭ, при комплексных число членов комиссии увеличивается за счет специалистов в других областях). Ныне действующая Инструкция об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 № 370, этот вопрос не регламентирует. Единственный документ, в котором имеется ссылка на комиссионность СПЭ, — это «Протокол ведения больных. Судебнопсихиатрическая экспертиза»1, однако он относится к документам стандартизации и не обладает нормативно-юридической силой. Поэтому представляется целесообразным постепенный переход к единоличному принципу проведения СПЭ, как это принято при других видах экспертных исследований и имеет место в международной практике. Поскольку основной гарантией надежности и обоснованности выводов является квалификация специалистов, проводящих экспертное исследование, а не их количество.

Экспертизы однородные и комплексные.

Однородные экспертизы проводятся специалистами одной отрасли знаний, а комплексные — специалистами разных отраслей. Законодательство относит комплексные экспертизы к разновидности комиссионных судебных экспертиз (ст. 201 УПК; ст. 82 ГПК; ст. 23 Закона о ГСЭД). Судебные психиатры обычно «комплексуются» с психологами, наркологами, судебными медиками.

Экспертизы первичная и повторная.

Первичная экспертиза проводится впервые по делу в отношении лица, повторная — вторично в рамках данного дела при возникновении сомнений в обоснованности и правильности экспертных выводов. В УПК говорится о сомнениях в «обоснованности заключения эксперта или наличии противоречий в выводах эксперта или экспертов по тем же вопросам» (ч. 2 ст. 207)[1] [2], а в ГПК — о сомнениях «в правильности или обоснованности

ранее данного заключения» и о «противоречиях в заключениях нескольких экспертов» (ч. 2 ст. 87). Сомнения в правильности экспертных выводов могут возникнуть при их несоответствии проведенному исследованию, неубедительности научной аргументации и т.д. В связи с тем, что сомнения касаются добросовестности и компетентности эксперта, поручать повторную экспертизу можно только другому эксперту (ч. 2 ст. 207 УПК; ч. 2 ст. 87 ГПК), и в рамках повторной экспертизы заново решаются те же вопросы, что и при первичной. По делу может назначаться несколько повторных экспертиз. Следует пояснить, что если при амбулаторной СПЭ поставленные вопросы не были решены и рекомендовано проведение стационарной, то последняя, по отношению к амбулаторной не будет ни повторной, ни дополнительной поскольку, по сути, отсутствует экспертное заключение как доказательство по делу.

- [1] Утвержден заместителем министра здравоохранения и социального развития РФ23 мая 2005 г.
- [2] Согласно п. 15 ППВС № 28 необоснованным следует считать такое заключениеэксперта, в котором недостаточно аргументированы выводы, не применены или недостаточно применены необходимые методы и методики экспертного исследования. Судтакже вправе назначить повторную экспертизу, если установит факты нарушения процессуальных прав участников судебного разбирательства при назначении и производстве судебной экспертизы, которые повлияли или могли повлиять на содержание выводов экспертов.

Экспертизы основная и дополнительная.

Принципиальным отличием дополнительной экспертизы от повторной является то, что отсутствуют сомнения в обоснованности и правильности предыдущей (основной) СПЭ, но имеется неполнота или недостаточная ясность экспертных выводов (ч. 1 ст. 207 УПК)1. Неполнота означает, что эксперт ответил не на все вопросы, недостаточная ясность может заключаться в нечеткости или двусмысленности формулировок. Обычно неполнота или недостаточная ясность заключения устраняются путем допроса эксперта.

Еще одно основание для дополнительной экспертизы — появление новых вопросов относительно исследованных ранее обстоятельств по делу (ч. 1 ст. 207 УПК)[1] [2]. При этом экспертам могут предоставляться для исследования дополнительные объекты, ранее неизвестные экспертам (например, медицинская документация). Дополнительную экспертизу можно поручать как эксперту, проводившему основную (предыдущую) экспертизу, так и другому эксперту[3].

Экспертизы традиционно также подразделяют на амбулаторные, стационарные, в кабинете следователя, в суде, заочные и посмертные (хотя данная классификация и объединяет разнородные признаки: форму, место проведения СПЭ, а также их специфику).

Амбулаторная экспертиза. Экспертиза этого вида состоит в однократном освидетельствовании лица без длительного врачебного наблюдения. В то же время краткосрочность амбулаторной СПЭ не означает ее ограниченных возможностей, поскольку эксперт заранее знакомится с материалами дела, медицинской документацией (при ее наличии). В день освидетельствования эксперт (эксперт-докладчик при комиссионной экспертизе) опрашивает испытуемого, заполняет историю болезни и ко времени комиссионного освидетельствования[4] уже обладает достаточными данными для формулирования клинической и экспертной гипотез. Затем проводится комиссионное освидетельствование, после чего члены комиссии совещаются между собой и формулируют экспертные выводы. Необходимо отметить, что в течение одного рабочего дня подэкспертному возможно проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагностики психического расстройства. В то же время в случаях затруднений в распознавании болезни, необходимости дифференциальной диагностики, при первичной диагностике хронического психического заболевания необходимо стационарное обследование. В таких случаях эксперты дают заключение о невозможности решения поставленных вопросов в амбулаторных условиях, и рекомендуется проведение стационарной СПЭ. Возможности амбулаторной экспертизы в решении поставленных перед ней вопросов во многом предопределяются правильной подготовкой судебно-следственными органами необходимых экспертам материалов. В некоторых случаях может возникать необходимость проведения повторной (обычно через несколько дней) беседы с подэкспертным или дополнительного инструментального исследования, которое невозможно провести в течение одного дня. Тогда при оформлении заключения указываются даты освидетельствования, отмечается динамика психического состояния и дается заключение.

Амбулаторная СПЭ может проводиться не только на территории медицинского экспертного учреждения. Для лиц, содержащихся под стражей, экспертная работа может проводиться *на территории следственного изолятора* (СИЗО). В этих случаях администрация СИЗО предоставляет экспертам условия для работы (ч. 3 ст. 28 Федерального закона от 15.07.1995 № ЮЗ-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»). Экспертиза может проводиться *на дому* в отношении лиц, доставление которых в экспертное учреждение представляется крайне затруднительным (наиболее часто подобные СПЭ проводится в рамках гражданского процесса лицам, прикованным к постели

тяжелым заболеванием), что не противоречит юридическим нормам, регламентирующим проведение СПЭ.

К экспертизам, выделяемым по месту их проведения, относятся экспертизы в кабинете следователя и в суде. *Экспертиза в кабинете следователя* заключается в однократном психиатрическом обследовании подэкспертного и изучении материалов дела (следует отличать от консультирования следователя экспертом, которое носит внепроцессуальный характер). Возможности данного вида экспертиз ограничены. *Экспертиза в суде (в судебном заседании*) назначается, как правило, в тех случаях, когда в отношении лица СПЭ уже ранее проводилась.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Заключается в длительном наблюдении и обследовании подэкспертного в условиях психиатрического стационара. Обследование в психиатрическом стационаре в условиях круглосуточного наблюдения позволяет зафиксировать динамику психического состояния подэкспертного, оценить нюансы психопатологических проявлений, провести дополнительные инструментальные и лабораторные исследования. Срок стационарного обследования не может превышать 30 дней. В случае невозможности дачи заключения за этот срок, он продляется в судебном порядке.

Судебно-психиатрические экспертизы также подразделяются на очные и заочные. *Очные экспертизы* подразумевают непосредственное освидетельствование подэкспертного. *Заочные* проводятся без такого освидетельствования и базируются только на изучении материалов дела и документов. Заочные экспертизы в отношении умерших лиц именуются *посмертными.* Заочные экспертизы в отношении живых лиц назначаются в тех случаях, когда нет возможности непосредственного освидетельствования подэкспертного (например, его местонахождение неизвестно или он находится за пределами Российской Федерации). Посмертные экспертизы наиболее часто назначаются в рамках гражданского судопроизводства для определения психического состояния лиц, совершивших при жизни те или иные гражданские акты (завещания, дарения).

- [1] Согласно п. 13 ППВС № 28 под недостаточной ясностью следует понимать невозможность уяснения смысла и значения терминологии, используемой экспертом, методики исследования, смысла и значения признаков, выявленных при изучении объектов, критериев оценки выявленных признаков, которые невозможно устранить путемдопроса в судебном заседании эксперта, производившего экспертизу.
- [2] В соответствии с п. 14 ППВС № 28 в зависимости от характера вопросов и объемаисследуемых материалов

дополнительная экспертиза может быть произведена в судебном заседании.

- [3] Согласно п. 14 ППВС № 28 в тех случаях, когда возникает необходимость в разрешении новых вопросов в отношении исследованных ранее объектов, экспертиза назначается в порядке ст. 195 УПК и ее производство поручается, как правило, тому же эксперту, если предстоящее исследование не выходит за рамки его специальных познаний.
- [4] Необходимо отметить, что понятия «освидетельствование» и «экспертиза» не идентичны. Экспертиза считается завершенной при представлении экспертом письменногозаключения. Под освидетельствованием обычно подразумевается комиссионный психиатрический осмотр подэкспертного. В отдельных случаях в пределах одной амбулаторной экспертизы приходится проводить не одно, а два экспертных освидетельствования.Например, в ходе первого из них выясняется, что необходимы дополнительные материалы. После удовлетворения ходатайства об их предоставлении проводится новое освидетельствование. Новое освидетельствование не означает новой экспертизы.

Показания к назначению амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертиз.

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза является самым распространенным видом экспертизы как в отечественной практике, так и за рубежом. В России от 70 до 80% всех экспертиз — амбулаторные. За рубежом этот процент еще выше — более 90%, что связано прежде всего с экономической составляющей. Психиатрический экспертный стационар дорог в содержании (охрана, медперсонал, питание, лаборатории, лекарства и т.д.). Амбулаторные СПЭ — более дешевый вид экспертизы: нужен эксперт, необходимый набор исследований и один день для ее производства, что обеспечивает быстрое решение экспертных вопросов при достаточной достоверности результатов. Результаты СПЭ данного вида оспариваются не чаще, чем результаты стационарных СПЭ, а если и оспариваются, то, как правило, по процессуальным соображениям. В то же время в целях повышения эффективности работы необходимо определить круг показаний для проведения амбулаторных и стационарных СПЭ, с которыми должны быть знакомы все, кто имеет отношение к их производству.

Амбулаторные СПЭ можно назначать и проводить:

- • обвиняемым (подозреваемым) *лицам, заведомо психически здоровым,* которые никогда не наблюдались и не лечились у психиатра, и нет никаких данных о наличии у них психического расстройства. Есть одно показание, скорее социальное, нежели медицинское, для

назначения СПЭ (которая практически всегда в таких случаях проводится амбулаторно) . Это лица заведомо здоровые, но совершившие тяжкие правонарушения, за которые УК предусмотрены длительные сроки наказания. Практически 100% подобных лиц проходят СПЭ. Это правило позволяет избежать судебных ошибок, поскольку были неоднократные случаи, когда лица с тяжелыми, ранее не диагностированными психическими расстройствами брали на себя чужую вину, т.е. совершали самооговор и несли в дальнейшем соответствующее наказание, при этом СПЭ им не проводились;

- • *обвиняемым* (*подозреваемым*) *лицам, заведомо страдающим тяжелыми психическими расстройствами.* Если имеется большое количество медицинской документации, которая свидетельствует о многократном стационировании с одним и тем же диагнозом, и если у эксперта при освидетельствовании пациента также не возникает диагностических сомнений, то в условиях амбулаторной экспертизы можно давать окончательное заключение о способности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и соответственно отвечать на другие поставленные вопросы;
- • *обвиняемым* (*подозреваемым*) *лицам с пограничной психической патологией,*составляющим основную часть подэкспертных, проходящих амбулаторную СПЭ. В диагностическом плане это лица с расстройствами личности, неглубокими органическими психическими расстройствами, легкими формами умственной отсталости, синдромами зависимости от психоактивных веществ. Если имеется достаточно ясная клиническая картина, подтверждаемая медицинской документацией, то эксперт может дать заключение амбулаторно;
- • *обвиняемым* (*подозреваемым*), *за исключением отдельных случаев, по вопросам о психическом состоянии на момент совершения правонарушения.*Экспертизы, решающие подобные вопросы, проводятся иногда спустя значительное время после совершения правонарушения. В таких случаях заключение целиком будет зависеть от данных материалов дела и целенаправленной психиатрической беседы. В подобных случаях стационар не имеет никаких преимуществ перед амбулаторной СПЭ, поскольку материалы дела, как правило, уже ничем новым не пополняются, а провести целенаправленную беседу и поставить необходимые вопросы психиатр и психолог должны уметь и в условиях ограниченного времени. В тех случаях, когда речь идет о «временном болезненном расстройстве» психической деятельности на момент совершения правонарушения, в экспертный стационар необходимо направлять тогда, когда пациент нуждается в дополнительных обследованиях, которые нельзя провести в течение одного рабочего дня;
- • категориям подэкспертных, в отношении которых проводится только амбулаторное освидетельствование. В рамках уголовного процесса это *свидетели и потерпевшие.* Каким бы сложным в клиническом

плане ни был случай, правовая база госпитализации этих пациентов в психиатрический стационар отсутствует. Согласно Закону о психиатрической помощи в отношении данной категории больных госпитализация возможна только при их добровольном согласии. Кроме того, госпитализация — дополнительный психотравмирующий фактор. При необходимости таких подэкспертных можно приглашать 2—3 раза для проведения дополнительных исследований, психологического обследования и т.д. В рамках гражданского судопроизводства к данной категории относятся *истцы и ответчики.*

Как правило, амбулаторно освидетельствуются *обвиняемые* (*подозреваемые*) *лица с тяжелыми соматическими заболеваниями:* постинсультные, онкологические, прикованные к койке больные, а также лица с туберкулезом (по санитарно-эпидемиологическим соображениям), поскольку для освидетельствования последних необходима соответствующая база — специальное отделение, отдельная посуда, дополнительная оплата персоналу. В судебной психиатрии отдельно организационно выделено только принудительное лечение лиц с тяжелыми психическими расстройствами с туберкулезом на базе стационаров специализированного типа.

Через отделения амбулаторной СПЭ проходят все *посмертные экспертизы по гражданским и уголовным делам,* когда нет фигуранта и все вопросы решаются по материалам дела.

Направлять обвиняемое (подозреваемое) лицо сразу в *экспертный стационар* (что позволит сэкономить время и избежать лишней загрузки экспертов) либо давать заключение о невозможности решения вопросов в амбулаторных условиях рекомендуется в следующих случаях:

- • если есть основания предполагать, что речь идет о *первичной* диагностике *шизофрении.* До 30% первичной диагностики шизофрении происходит при проведении СПЭ, но для установления такого диагноза необходимо достаточно длительное непрерывное наблюдение, что возможно только в условиях стационара;
- • при решении вопроса о *снятии диагноза шизофрении***.** Если в прошлом пациенту ставился данный диагноз, имеется медицинская документация, то однократного обследования в течение одного рабочего дня явно недостаточно. Кроме того, любой адвокат может поставить вопрос о неправомочности подобного решения в условиях амбулаторной СПЭ;
- • при необходимости решения вопроса о *признании больных шизофренией вменяемыми.* При длительных устойчивых ремиссиях и незначительных личностных изменениях имеющиеся болезненные проявления могут не лишать лицо способности осознавать

фактический характер и общественную опасность своих действий. Но в таких случаях необходимо углубленное психопатологическое и патопсихологическое обследование, изучение динамики психического состояния. Это возможно только в условиях стационара, где подэкспертный будет обследоваться 30 дней. Для признания больного шизофренией вменяемым нужно три параметра — длительность, стойкость и чистота ремиссии. Нельзя признавать больного шизофренией вменяемым в первые два года после того, как отзвучал приступ шизофрении. Опыт показывает, что эти ремиссии нестойкие и признание его вменяемым может сорвать становление ремиссии. Нельзя признавать вменяемыми больных с астеническим типом ремиссии, с «самокопанием», неуверенностью в себе, навязчивостями. Стойкой ремиссию следует считать, когда она длится 10 лет и более.

Распознавание симулятивного поведения также желательно проводить в условиях экспертного стационара. Разумеется, встречаются элементарные формы защитного поведения, которые можно установить амбулаторно, но бывают и сложные для распознавания случаи. Сейчас информация о клинических проявлениях психических расстройств может черпаться из книг, фильмов, поэтому за такими пациентами необходимо круглосуточное наблюдение в экспертном стационаре. Сложными для верификации клинического диагноза являются случаи, где симулируются бредовые синдромы, особенно парафренные, так называемая конфабуляторная парафрения, где в структуре бредовых синдромов присутствуют элементы фантазирования. Чем грубее симптоматика, тем сложнее она для распознавания. Если это симуляция, то усложнения синдрома не происходит; если это психически больной, то он «раскроется» в стационаре.

Требует осторожности *диагностика тяжелых психогенных психических расстройств (реактивных психозов*). Для более тонкой и точной диагностики и обследования таких больных лучше направить на стационар. Кроме того, в стационаре есть возможность провести курс лечения. Если это неглубокое расстройство, преимущественно с депрессивно-истерическими проявлениями, то пациента возможно вывести из психоза за время пребывания в экспертном стационаре. Второй путь — при проведении амбулаторной СПЭ без решения экспертных вопросов направить данное лицо на принудительное лечение в психиатрический стационар до выхода из болезненного состояния.

В психиатрический стационар следует направлять *больных с неопределенным психиатрическим диагнозом,* когда имеется неясная полиморфная клиническая картина, представлена разнородная медицинская документация с разными психиатрическими диагнозами и требуется дифференциальная диагностика между различными психозами. Необходимость стационарного обследования может возникать, если требуется оценить степень

выраженности интеллектуальных и эмоционально-волевых расстройств при средних степенях дебильности, при органических психических расстройствах, подозрениях на опухоли головного мозга, когда нужны дополнительные параклинические исследования. Стационарное обследование необходимо при тех состояниях, когда имеются указания в анамнезе на наличие судорожных припадков и подозрение на наличие эпилепсии, когда необходимо установить частоту, характер, природу пароксизмов, провести дополнительное инструментальное обследование.

Судебно-психиатрический эксперт, его права и обязанности

Понятие «психиатр-эксперт» можно рассматривать в двух аспектах. С одной стороны, так именуются сотрудники государственных экспертных учреждений, в функциональные обязанности которых входит проведение судебно-психиатрических экспертиз и которые занимают должности судебных психиатров-экспертов, а с другой — психиатр-эксперт в процессуальном смысле. Таковым становится любой специалист, которому в установленном законом порядке поручено производство СПЭ (т.е. это не обязательно сотрудник СПЭУ).

Согласно ст. 12 и 13 Закона о ГСЭД эксперт государственного СЭУ — это аттестованный работник, проводящий судебные экспертизы в порядке исполнения должностных обязанностей. Должность эксперта государственного СЭУ вправе занимать гражданин Российской Федерации, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности. Порядок ее прохождения устанавливается тем федеральным органом исполнительной власти, в ведении которого находятся государственные СЭУ. Каждый эксперт государственного СЭУ обязан пройти аттестацию на право самостоятельного производства судебной экспертизы. Определение уровня профессиональной подготовки эксперта и его аттестация осуществляются экспертно-квалификационными комиссиями в порядке, установленном федеральными органами исполнительной власти. Уровень профессиональной подготовки экспертов подлежит пересмотру указанными комиссиями каждые пять лет.

Относительно судебной психиатрии эти общие требования дополнены введением в номенклатуру медицинских специальностей (в рамках специальности «психиатрия» — 040115) специальности, требующей углубленной подготовки, — «судебно-психиатрическая экспертиза» (040115.03)[1]. Эта специальность приобретается в процессе последипломной подготовки специалистов в порядке, определяемом нормативными документами Минздрава и Минобрнауки России. В настоящее время ее приобретают все психиатры-эксперты, работающие в государственных СПЭУ, путем освоения программ профессиональной переподготовки (свыше

500 часов) с получением диплома о дополнительном к высшему профессиональном образовании. Предусмотрена возможность прохождения интернатуры и ординатуры по данной специальности (программы одно- и двухлетнего обучения). Каждый действующий психиатр-эксперт, работающий в государственном СПЭУ, должен также иметь сертификат специалиста по данной специальности установленного образца, который продляется каждые пять лет при прохождении сертификационных циклов повышения квалификации.

Действующее законодательство (УПК и ГПК) наделяет судебного эксперта процессуальными правами и возлагает на него процессуальные обязанности[2].

Эксперт-психиатр обязан исследовать представленные ему объекты и материалы, включая психиатрическое освидетельствование испытуемого, и дать объективное заключение по вопросам, поставленным органом, ведущим производство по делу. Кроме того, эксперт-психиатр *обязан:*

- • явиться по вызову лица (органа), назначившего экспертизу. Вызов может быть связан с необходимостью проведения экспертных исследований в кабинете следователя или в зале суда либо с необходимостью допроса эксперта по поводу проведенной им экспертизы (ч. 2 и 4 ст. 199 УПК; ч. 1 ст. 85 ГПК);
- • заявить самоотвод при наличии оснований, указанных в законе (ст. 70 УПК; ст. 18 и 19 ГПК);
- • сообщить в письменном виде о невозможности дать экспертное заключение, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных познаний эксперта или представленные ему материалы недостаточны или непригодны для дачи заключения (п. 6 ч. 3 ст. 57 УПК; абз. 2

ч. 1 ст. 85 ГПК; ст. 16 Закона о ГСЭД)[2].

За ненадлежащее исполнение указанных обязанностей психиатр- эксперт несет юридическую ответственность — процессуальную, дисциплинарную и уголовную. Процессуальная ответственность наступает за неисполнение экспертом возложенных на него процессуальных обязанностей (в частности, за неявку по вызову органа, назначившего экспертизу), за нарушение порядка в судебном заседании. На эксперта, допустившего нарушения в уголовном процессе, может налагаться денежное взыскание (ст. 117 УПК). В гражданском судопроизводстве за неявку без уважительных причин по вызову суда эксперт может подвергаться штрафу (ч. 2 ст. 168 ГПК). Данные взыскания налагаются судом.

Уголовная ответственность предусмотрена за разглашение данных предварительного расследования (ст. 310), а также за заведомо ложное экспертное заключение (ст. 307 УК).

Психиатр-эксперт *имеет право:*

- • знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы (п. 1 ч. 3 ст. 57 УПК; ч. 3 ст. 85 ГПК);
- • ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, а также о привлечении к производству экспертизы других экспертов (п. 2 ч. 3 ст. 57 УПК; ч. 3 ст. 85 ГПК);
- • участвовать с разрешения следователя или суда в проведении следственных (судебных) действий и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы (п. 3 ч. 3 ст. 57 УПК);

ч. 3 ст. 85 ГПК говорит о праве эксперта «задавать в судебном заседании вопросы лицам, участвующим в деле, и свидетелям»[1];

- • совещаться с другими экспертами при проведении комиссионной экспертизы (ч. 2 ст. 83 ГПК; ч. 3 ст. 24 Закона о ГСЭД);
- • указывать в своем заключении на обстоятельства, по поводу которых не были поставлены вопросы органом, назначившим экспертизу, при условии, что эти обстоятельства имеют значение для дела и их установление входит в компетенцию эксперта (п. 4 ч. 3 ст. 57 УПК;

ч. 2 ст. 86 ГПК). Это правомочие именуется *правом экспертной инициативы;*

- • приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права (п. 5 ч. 3 ст. 57 УПК; ст. 17 Закона о ГСЭД);
- • получать возмещение расходов, связанных с явкой по вызову к следователю и в суд, а также с производством экспертизы[3] [4].

Если производство экспертизы входит в круг служебных обязанностей судебного эксперта, то он не имеет права на дополнительное вознаграждение за проведенную экспертизу (помимо возмещения расходов)[5].

Психиатр-эксперт *не вправе:*

- • самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования (п. 2 ч. 4 ст. 57 УПК; ч. 2 ст. 85 ГПК); если в ходе проведения экспертизы выявляется необходимость в дополнительных материалах, то эксперт правомочен лишь ходатайствовать об их предоставлении перед субъектом, назначившим экспертизу;
- • вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела (ч. 2 ст. 85 ГПК); УПК запрещает эксперту «без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы» (п. 1 ч. 4 ст. 57);

- • разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с проведением экспертизы, или сообщать кому-либо о результатах экспертизы, за исключением органа, его назначившего (ч. 2 ст. 85 ГПК; ст. 16 Закона о ГСЭД);
- • разглашать данные предварительного расследования, если эксперт был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 УПК (п. 5 ч. 4 ст. 57 Кодекса).

Поскольку при проведении СПЭ психиатр-эксперт имеет дело со сведениями, составляющими врачебную тайну, он ограничивается сообщением только тех сведений, которые относятся к предмету экспертизы и необходимы для ответа на поставленные вопросы. Эксперт реализует свои процессуальные права независимо от мнения участников процесса. На психиатра-эксперта нельзя возлагать обязанности, которые не предусмотрены процессуальным законом. Так, закон запрещает допрашивать эксперта по поводу сведений, ставших ему известными в связи с производством экспертизы, если они не относятся к ее предмету (ч. 2 ст. 205 УПК; ч. 3 ст. 31 Закона о ГСЭД)[1].

На психиатра-эксперта распространяются общие основания для отвода судебного эксперта (ст. 70 УПК; ст. 18 ГПК). Эксперт-психиатр подлежит отводу, если он по данному делу выступает участником процесса (занимая иное процессуальное положение), является родственником кого-либо из участников процесса, если он находился или находится от кого-либо из указанных лиц (т.е. следователя, прокурора, судьи, обвиняемого, потерпевшего, истца, ответчика и т.д.) в служебной или иной зависимости. Однако предыдущее его участие в деле в качестве эксперта или специалиста не является основанием для отвода (п. 1 ч. 2 ст. 70 УПК; ч. 2 ст. 18 ГПК[6] [7]). Не могут проводить экспертизу по одному делу эксперты, состоящие в родстве между собой. Эксперт подлежит отводу в случае, если обнаружится его некомпетентность. Предусматривается также наличие иных причин для отвода эксперта, если есть основание считать, что он лично заинтересован в деле. Вопрос в подобных случаях решается индивидуально с учетом всех обстоятельств.

В отношении судебных экспертиз медицинского профиля предусмотрено еще одно ограничение: экспертом не может быть врач, оказывавший подэкспертному медицинскую помощь ранее, до назначения экспертизы (ч. 3 ст. 18 Закона о ГСЭД). Данное ограничение распространяется и на очные, и на заочные экспертизы. Это обусловлено тем, что врач ранее уже обследовал данное лицо, давал медицинскую оценку состояния его здоровья, что может оказать влияние на заключение экспертизы. Во-первых, могут вскрыться ошибки и нарушения, допущенные ранее лечащим врачом, и в ходе экспертизы он может принять меры к сокрытию своих упущений. Во-вторых, пациент и его близкие вправе ожидать от лечащего врача действий по защите

их интересов. Все это может отрицательно сказаться на экспертных исследованиях и их результатах.

Отвод заинтересованному или некомпетентному эксперту может быть заявлен участниками процесса. Если основания для отвода известны самому эксперту, то он заявляет самоотвод. Вопрос об отводе лица, уже назначенного по делу экспертом, решается лицом или органом, сделавшим это назначение.

- [1] Приказ Минздрава России от 14.08.2002 № 261 «О внесении дополнения в приказМинздрава России от 27.08.1999 № 337 “О номенклатуре специальностей в учрежденияхздравоохранения Российской Федерации”». В настоящее время, когда данный приказутратил силу в связи с изданием приказа Минздравсоцразвития России от 14.03.2008№ 119н, эта специальность предусмотрена приказом Минздравсоцразвития Россииот 23.04.2009 № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохраненияРоссийской Федерации». 1 Права и обязанности экспертов государственных СЭУ излагаются такжев ст. 16 и 17 Закона о ГСЭД.
- [2] Согласно ст. 16 Закона о ГСЭД письменное сообщение о невозможности датьзаключение составляется также в случаях, когда «современный уровень развития наукине позволяет ответить на поставленные вопросы».
- [3] Статья 17 Закона о ГСЭД предоставляет эксперту право «делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводунеправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний».
- [4] Согласно п. 23 ППВС № 28 возмещение расходов и выплату вознаграждения экспертам, за исключением случаев, когда обязанности исполнялись ими в порядке служебного задания, в связи с их вызовом в органы дознания, предварительного следствия, прокуратуру или в суд, необходимо производить немедленно по выполнениизтими лицами обязанностей независимо от фактического взыскания процессуальныхиздержек с осужденных (п. 14 Инструкции о порядке и размерах возмещения расходов и выплаты вознаграждения лицам в связи с их вызовом в органы дознания, предварительного следствия, прокуратуру или в суд, утв. постановлением Совета МинистровРСФСР от 14.07.1990 № 245).
- [5] В порядке исключения из этого правила ч. 3 ст. 37 Закона о ГСЭД разрешает государственным СЭУ взимать плату за

производство судебных экспертиз по гражданскими административным делам.

- [6] Например, если в ходе проведения СПЭ обвиняемый сообщает экспертам о совершении им уголовных деяний, неизвестных следствию, и следователь хочет допроситьэкспертов, чтобы, зафиксировав их показания, предъявить подэкспертному новые обвинения, это неправомочно в силу законодательного запрета (ч. 2 ст. 205 УПК), и экспертам необходимо отказаться отвечать на вопросы следователя, сославшись на закон.
- [7] Кроме случаев назначения повторных экспертиз по данному делу, которые нельзяпоручать тем же экспертам.

Назначение и производство судебно-психиатрической экспертизы

Производство экспертизы — это последовательные процессуальные действия, направленные на получение экспертного заключения как доказательства по делу. Они включают в себя три этапа: а) подготовка и назначение экспертизы; б) проведение экспертом (экспертами) исследований и составление заключения; в) ознакомление с заключением и его оценка следователем (судом), а также иные действия следователя (суда) после получения им экспертного заключения.

Подготовка и назначение СПЭ.

На данном этапе субъектом производства процессуальных действий выступает лицо или орган, ведущие производство по делу (т.е. следователь1 или суд). Следователь (суд) должен: установить необходимость проведения экспертизы; сформулировать вопросы к экспертам; подготовить объекты и материалы, подлежащие экспертному исследованию; выбрать конкретного эксперта (экспертов) или экспертное учреждение и поручить им проведение экспертизы в порядке, установленном процессуальным законодательством (УПК и ГПК).

Любая судебная экспертиза назначается в случаях, когда при производстве по уголовному либо гражданскому делу требуются специальные знания в науке, технике, искусстве или ремесле (ч. 1 ст. 57 УПК; ч. 1 ст. 79 ГПК; ст. 9 Закона о ГСЭД). Возникающая в ходе судопроизводства потребность в специальном психиатрическом исследовании с использованием психиатрических знаний служит основанием для назначения *судебно-психиатрической экспертизы*[1] [2]. Необходимость использования наряду с психиатрическими иных научных знаний является основанием для проведения *комплексных экспертиз.*

Судебно-психиатрическая экспертиза назначается в связи с сомнениями в психической полноценности обвиняемого, подозреваемого, потерпевшего,

свидетеля, гражданского истца и ответчика, а также лица, в отношении которого решается вопрос о его гражданской недееспособности. Сомнение в психической полноценности — это *обоснованное* предположение о наличии у данного лица психического расстройства, способного повлиять на юридически значимое поведение.

Законом также установлены случаи *обязательного назначения судебно-психиатрической экспертизы.* Согласно ст. 196 УПК (п. 2, 3, 3.1, 4) экспертиза обязательна, в частности, если необходимо установить:

- • характер и степень вреда, причиненного здоровью;
- • психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве;
- • психическое состояние подозреваемого, обвиняемого в совершении в возрасте старше 18 лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего возраста 14 лет, для решения вопроса о наличии или об отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения (педофилии);
- • психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания[3].

В указанных случаях СПЭ назначается лишь тогда, когда предположительно имеются болезненные расстройства психики. Если же данные состояния связаны с наличием у лица соматических расстройств или физических недостатков, то должна быть проведена не судебно-психиатрическая, а судебно-медицинская экспертиза. В некоторых случаях могут назначаться комплексные экспертизы (комплексная судебно- медицинская и судебно-психиатрическая).

Согласно ст. 283 ГПК судебно-психиатрическая экспертиза обязательна по делам о признании граждан недееспособными.

Обязательность экспертизы означает, что указанные в законе обстоятельства нельзя считать доказанными без проведения соответствующей экспертизы. Так, обвиняемого нельзя признать невменяемым, а лицо недееспособным без судебно-психиатрической экспертизы, проведенной в порядке, установленном процессуальным законодательством. При сомнениях во вменяемости обвиняемого ему обязательно проводится СПЭ. В остальных случаях вопрос о необходимости СПЭ решается индивидуально.

Сомнения в психической полноценности участника процесса, которые являются наиболее частым основанием для назначения СПЭ, должны

быть *обоснованными,*т.е. они должны подтверждаться *фактическими данными, выявленными в ходе производства по делу.* Подобные данные можно разделить на несколько категорий. Во-первых, это сведения о том, что в прошлом данное лицо уже наблюдалось и лечилось у психиатра, ему диагностировалось психическое расстройство, оно госпитализировалось в психиатрический стационар, признавалось по психическому заболеванию негодным к военной службе, признавалось невменяемым, находилось на принудительном психиатрическом лечении и т.д.

Во-вторых, обстоятельствами, ставящими под сомнение психическую полноценность участника процесса (в том числе в тех случаях, когда субъект ранее не наблюдался у психиатра и ему не устанавливался психиатрический диагноз), могут являться особенности поведения и высказывания лица, которые могут свидетельствовать о наличии психического заболевания. Это может быть странное, неадекватное поведение (нелепые высказывания и поступки, немотивированные приступы агрессии и возбуждения и т.п.).

Особенности в поведении субъекта могут непосредственно наблюдать следователь и участники судебного процесса в ходе следственных (судебных) действий. Эти данные могут поступать от лиц, знавших субъекта или ставших очевидцами его неадекватного поведения. Сведения о странностях в поведении гражданина могут содержаться в показаниях участвующих в деле лиц, которые могут ходатайствовать о назначении СПЭ. Ходатайства вправе заявлять лица, имеющие самостоятельный процессуальный статус: обвиняемый, потерпевший, истец, ответчик и их представители (не наделен этим правом свидетель, его деятельность в процессе ограничивается дачей показаний). Каждое заявленное ходатайство подлежит рассмотрению субъектом, ведущим производство по делу. Отказ в удовлетворении ходатайства должен быть мотивирован.

И наконец, помимо особенностей поведения обстоятельствами, ставящими под сомнение психическую полноценность участника процесса, могут быть высказывания самого лица о своих болезненных переживаниях (галлюцинациях, необычных переживаниях и ощущениях и т.п.). Странности в поведении и жалобы на состояние психического здоровья важны в случаях, когда данные лица ранее не попадали в поле зрения психиатра. По результатам собранных доказательств, следователь (суд) должен *самостоятельно* прийти к решению о необходимости назначения СПЭ.

Любая назначаемая СПЭ должна быть подготовлена следователем (судом), поскольку от этого зависят полнота и всесторонность экспертного исследования и надежность экспертных выводов. Большинство необходимых для проведения экспертизы действий имеет право совершать только субъект, назначающий экспертизу. В первую очередь это касается материалов,

подлежащих экспертному исследованию, поскольку самостоятельно собирать их, как уже говорилось, эксперты не имеют права.

Состав материалов, которые необходимо подготовить на предварительном этапе, определяется тем, по каким основаниям назначается экспертиза. Если ранее лицо наблюдалось психиатром, то необходимо истребовать медицинскую документацию из соответствующих психиатрических учреждений.

Такими учреждениями являются психоневрологические диспансеры, больницы. Диспансер выступает первичным звеном оказания психиатрической помощи, обслуживающим население по территориальному принципу, и именно сюда обращаются пациенты за психиатрической помощью. В амбулаторных картах, хранящихся в диспансере, имеются как данные об оказании гражданам психиатрической помощи в самом диспансере, так и выписки из психиатрических стационаров, в случае если субъект там лечился. Медицинская документация по возможности подлежит истребованию из всех учреждений, где данному лицу оказывалась психиатрическая помощь. Медицинская документация истребуется и предоставляется экспертам из наркологических учреждений (наркологических диспансеров и стационаров). Если пациенту оказывалась психиатрическая или наркологическая помощь в негосударственных медицинских учреждениях или частнопрактикующими специалистами, по возможности также запрашивается медицинская документация.

В некоторых случаях для психиатра-эксперта может быть полезной медицинская документация учреждений общего профиля: поликлиники, больницы, медицинского пункта и т.п. Первичную психиатрическую помощь там, где поблизости нет психиатра, может оказывать и врач другой специальности, поэтому его медицинские записи также желательно представить экспертам-психиатрам. Субъект мог госпитализироваться в общесоматическую больницу в связи с различными заболеваниями, влияющими на центральную нервную систему и психику (энцефалитом, инсультом, черепно-мозговой травмой и т.д.). В этих случаях врачебные записи могут отражать и нарушения психики.

Истребованию подлежат медицинские документы (или их точные копии) в полном объеме. Отдельные выписки могут направляться экспертам тогда, когда полный текст документа в силу объективных причин не может быть представлен. Исключением из данного правила являются документы судебно-психиатрических экспертных учреждений, из которых достаточно запросить копию экспертного заключения, которое содержит всестороннее изложение данных о подэкспертном, самом экспертном исследовании и его результатах, что делает излишним обращение к другим материалам экспертного производства (истории болезни).

Необходим допрос лиц, знавших подэкспертного, об особенностях его поведения, что важно в случаях, если лицо ранее не наблюдалось у психиатра, а основанием для назначения СПЭ послужили особенности его поведения и высказываний. Однако и в случаях, когда лицо ранее обращалось за психиатрической помощью и находилось под психиатрическим наблюдением, такой допрос также необходим.

Необходимо конкретизировать данные о странностях в поведении лица, собрать информацию о личности и поведении подэкспертного на протяжении его жизни. Уточняются данные о перенесенных заболеваниях, характере взаимоотношений с окружающими, успеваемости и дисциплине в учебном заведении, выполнении своих трудовых обязанностей, особенностях прохождения военной службы, семейном положении, употреблении психоактивных веществ, совершенных в прошлом правонарушений. Особый интерес в рассматриваемом аспекте представляют: периоды выраженных изменений в поведении субъекта, резкие перемены в его жизни (например, внезапное ухудшение успеваемости; невозможность справляться с прежними служебными обязанностями, частые или труднообъяснимые увольнения и пр.); появление несвойственных ранее лицу грубости, озлобленности, конфликтности; эмоциональной холодности к родным и близким, с которыми ранее были теплые отношения; утрата прежних интересов и увлечений; нарастающая социальная дезадаптация.

Периоду, относящемуся к совершению правонарушения, сделки или иного юридически значимого действия, по поводу которого ведется уголовное или гражданское дело, уделяется особое внимание. Показания относительно поведения, высказываний обвиняемого (потерпевшего, истца и пр.) в юридически значимый период должны быть отражены как можно более полно, что позволит выявить возможные свидетельства нарушения ориентировки лица в месте и времени, недостаточного осознавания им сущности происходящих событий. Необходимо установить, не было ли у лица состояний беспричинного страха, растерянности, или оно было пассивным, безучастным к происходящему, подчиняемым действиям других лиц и пр.

Необычное поведение субъекта, наблюдаемое во время следственных (судебных) действий, должно быть кратко отражено в протоколе этого действия, а также в постановлении (определении) о назначении экспертизы (например: *Подсудимый не реагирует на вопросы, сидит в неподвижной позе. Вид неряшливый, взгляд неподвижный, устремлен в одну точку).*

Далее следователь (суд) решает вопрос о выборе эксперта или экспертного учреждения. Как уже говорилось, экспертиза в большинстве случаев поручается СПЭУ, обслуживающему данный регион. Поручение экспертизы другому экспертному учреждению должно быть мотивировано

уважительными причинами. Вместе с тем проведение экспертизы может быть поручено и экспертам, не работающим в СПЭУ. При выборе экспертного учреждения или экспертов субъект, назначающий экспертизу, учитывает мнение участников процесса.

Назначая СПЭ, необходимо *правильно определить ее вид (способ производства).*Впервые по делу обычно назначают амбулаторную СПЭ. Первичная стационарная экспертиза также возможна, но необходимость в ней должна быть мотивирована в постановлении (определении) о ее назначении.

бб

Юридическим основанием проведения СПЭ является постановление или определение о ее назначении. В этом документе должны быть указаны: 1) основания назначения экспертизы; 2) фамилия, имя, отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть проведена экспертиза; 3) вопросы, поставленные перед экспертом; 4) материалы, предоставленные в распоряжение эксперта (ч. 1 ст. 195 УПК).

Основанием назначения СПЭ служат обстоятельства, вызвавшие сомнения в психической полноценности лица (см. выше). Их необходимо кратко перечислить в постановлении (определении). В вопросах раскрывается суть экспертного задания (предмет данной экспертизы). Они должны быть четко сформулированы как в юридическом, так и в содержательном плане (в аспекте терминов и правил соответствующей науки — психиатрии, психологии и пр.). Требования, предъявляемые к вопросам эксперту, а также к объектам экспертизы по наиболее часто встречающимся в практике видам СПЭ, можно найти в соответствующих методических рекомендациях и практических пособиях. При необходимости следователь (суд) может получить по данным вопросам консультацию у эксперта или у специалиста (ч. 1 ст. 58 УПК; ч. 1 ст. 188 ГПК). В постановлении (определении) указываются также вид назначаемой СПЭ (амбулаторная, стационарная, заочная, посмертная) и фамилия, имя, отчество подэкспертного и занимаемое им процессуальное положение.

При назначении СПЭ важен вопрос о ее *доброволъности/недобро-вольности.* В уголовном процессе согласия на прохождение экспертизы не требуется, если подэкспертный является подозреваемым, обвиняемым, подсудимым или лицом, в отношении которого решается вопрос о применении к нему принудительных медицинских мер в порядке гл. 51 УПК. Потерпевший может направляться на СПЭ независимо от его согласия, если экспертиза назначена по одному из оснований, перечисленных в ст. 196 УПК («Обязательное назначение судебной экспертизы»). В остальных случаях потерпевший может быть направлен на СПЭ лишь в добровольном порядке,

что следует из норм, содержащихся в ч. 4 ст. 195 УПК. Свидетель может подвергаться СПЭ только добровольно (ч. 5 ст. 56 УПК).

В гражданском судопроизводстве принудительная СПЭ недопустима, за исключением дел о признании граждан недееспособными (гл. 31 ГПК). Согласно ст. 283 ГПК суд вправе решить вопрос о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу в случаях, когда тот явно уклоняется от ее прохождения (СПЭ по данной категории дел обязательна). Решение о принудительном направлении на экспертизу суд принимает в судебном заседании с обязательным участием прокурора и психиатра.

В случаях когда согласно закону СПЭ может быть назначена лишь в добровольном порядке, требуется письменное согласие подэкспертного на ее прохождение. Если подэкспертный не достиг 16 лет или был признан судом недееспособным, письменное согласие на проведение экспертизы дается его законным представителем (ч. 4 ст. 195 УПК;

ч. 3 ст. 28 Закона о ГСЭД).

Процессуальный порядок вынесения постановления (определения) на предварительном следствии и в судебном заседании различен. На предварительном следствии постановление о назначении экспертизы подготавливается следователем единолично, при этом следователь обязан ознакомить с постановлением о назначении экспертизы подозреваемого, обвиняемого, его защитника и разъяснить им права, предусмотренные ст. 198 УПК. Об этом составляется протокол, который подписывается следователем и лицами, ознакомленными с постановлением (ч. 3 ст. 195 Кодекса). Если в порядке реализации своих прав обвиняемый (подозреваемый) заявляет ходатайство, то следователь обязан рассмотреть его. Ходатайство либо удовлетворяется, и тогда следователь соответственно изменяет свое постановление и заново знакомит с ним обвиняемого, либо отклоняется. Отказ в удовлетворении ходатайства должен быть мотивирован и надлежащим образом удостоверен (например, объявлен обвиняемому под расписку).

Часть 1 ст. 198 УПК устанавливает следующие права подозреваемого и обвиняемого при назначении и производстве экспертизы:

- 1) знакомиться с постановлением о ее назначении;
- 2) заявлять отвод эксперту или ходатайствовать о производстве экспертизы в другом экспертном учреждении;
- 3) ходатайствовать о привлечении в качестве экспертов указанных ими лиц либо о производстве экспертизы в конкретном экспертном учреждении;

- 4) ходатайствовать о внесении в постановление о назначении экспертизы дополнительных вопросов эксперту;
- 5) присутствовать с разрешения следователя при производстве экспертизы, давать объяснения эксперту;
- 6) знакомиться с заключением эксперта или сообщением о невозможности дать заключение, а также с протоколом допроса эксперта.

Свидетель и потерпевший, в отношении которых проводилась экспертиза, имеют право знакомиться с заключением эксперта, а потерпевший, кроме того, пользуется правами, предусмотренными п. 1 и 2 ч. 1 ст. 198 УПК (ч. 2 ст. 198 Кодекса).

Если на предварительном следствии обвиняемому, не содержащемуся под стражей, назначается стационарная СПЭ, то следователь должен обратиться к судье за вынесением решения о помещении подэкспертного в психиатрический стационар (ч. 1 ст. 203 УПК). Судья выносит это решение в порядке, установленном ст. 165 УПК[4].

При помещении в стационар лица, содержащегося под стражей, стационарная СПЭ назначается постановлением следователя, решения судьи не требуется (судебное решение в порядке ст. 165 УПК уже принималось при заключении лица под стражу, поскольку там предусматривается единый судебный порядок для проведения всех необходимых следственных действий).

В стадии судебного разбирательства в судебном заседании его участники вправе обсуждать обстоятельства, относящиеся к назначаемой экспертизе, и могут представить свои вопросы экспертам. Вопросы должны быть оглашены и по ним заслушано мнение сторон; окончательно круг вопросов определяется судом. Отклонение судом каких-то из представленных вопросов должно быть мотивировано (ст. 283 УПК; ст. 79 ГПК). На стадии судебного разбирательства для помещения в стационар любого обвиняемого достаточно лишь судебного постановления (определения) о назначении стационарной СПЭ.

При *поручении экспертизы СПЭУ* следователь (суд) направляет руководителю учреждения постановление (определение) о назначении экспертизы и материалы, необходимые для ее производства. Руководитель СПЭУ поручает ее проведение экспертам из числа работников своего учреждения (ч. 1 и 2 ст. 199 УПК; ч. 1 ст. 84 ГПК). Руководитель СПЭУ (главный врач больницы, диспансера и пр.) «вправе передать часть своих обязанностей и прав, связанных с организацией и производством экспертиз в подведомственном ему учреждении, своему заместителю по экспертной работе, а также руководителю (заведующему) отделения СПЭ» (п. 6

Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений). Сотрудники СПЭУ не вправе принимать поручения о проведении экспертизы непосредственно от следователя или суда (ст. 16 Закона о ГСЭД).

При проведении СПЭ *вне экспертного учреждения* следователь (суд) после вынесения постановления (определения) о назначении СПЭ вызывает лицо, которому она поручается, удостоверяется в его личности и компетентности, проверяет, нет ли оснований для отвода. Далее эксперту вручается постановление (или объявляется судебное определение) о назначении экспертизы. Ему разъясняются его права и обязанности, он предупреждается об ответственности за дачу заведомо ложного заключения[5]. О выполнении этих действий делается отметка в постановлении о назначении экспертизы, которая удостоверяется подписью эксперта. В суде эксперт расписывается в протоколе судебного заседания или на специальном бланке, приобщаемом к протоколу. Затем эксперт получает необходимые материалы и приступает к исследованиям.

Если СПЭ проводится в медицинском упреждении, то подэкспертный доставляется туда лицом (органом), назначившим экспертизу (ч. 3 ст. 27 Закона о ГСЭД).

- [1] На этапе предварительного расследования в уголовном процессе помимо следователя правом назначения экспертизы обладает также дознаватель, что будет подразумеваться далее при упоминании следователя как субъекта, назначающего СПЭ.
- [2] Потребность в психиатрических знаниях может быть реализована и в других формах, предусмотренных процессуальным законодательством (например, в форме участияпсихиатра в качестве специалиста — ст. 58 УПК; ст. 188 ГПК).
- [3] Пункты 1 и 5 ст. 196 УПК не приводятся, поскольку они не имеют отношенияк СПЭ.
- [4] Согласно п. 10 ППВС № 28 в описательной части судебного решения о помещении подозреваемого или обвиняемого в соответствующее медицинское учреждениедля стационарного обследования при производстве судебно-медицинской или судебнопсихиатрической экспертизы на основании ст. 203 УПК следует обосновать такое решение, а в резолютивной части указать, в какое именно учреждение лицо направляетсядля обследования.
- [5] Сотрудникам государственных СПЭУ их права и ответственность каждый разне разъясняются, расписка о предупреждении об ответственности за дачу заведомо ложного заключения дается в самом тексте экспертного заключения или

иного документа,составляемого экспертами по результатам проведенных ими исследований.

3.б. Проведение экспертизы и составление заключения

При проведении судебной экспертизы эксперт профессионально самостоятелен и процессуально независим (ст. 7 Закона о ГСЭД). Он самостоятельно выбирает методы исследования, и никто не вправе давать ему указания, влияющие на содержание экспертных выводов. Эксперт формулирует заключение на основании проведенных исследований и несет за него личную ответственность.

Проведение самого экспертного исследования действующее законодательство регламентирует лишь в общих чертах. Так, согласно ч. 2 ст. 8 Закона о ГСЭД заключение эксперта должно основываться на положениях, «дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных». Это означает наличие единой научно-методической основы, составляющей профессиональную базу знаний эксперта и определяющей применяемые методы, которые должны быть апробированы и утверждены к внедрению в экспертную практику. В ч. 6 ст. 11 сказано, что государственные СЭУ одного профиля осуществляют деятельность «на основе единого научно-методического подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов».

Вместе с тем законодательство накладывает некоторые ограничения при экспертизах живых лиц (ст. 26—36 гл. IV указанного Закона) в целях дополнительных юридических гарантий по защите их прав и соблюдению конституционных и международно-правовых принципов.

Так, каждый подэкспертный должен быть информирован сотрудниками СЭУ в доступной для него форме о применяемых в отношении него методах экспертного исследования, о возможных болевых ощущениях и побочных явлениях (ч. 1 ст. 35 Закона).

Законодательство содержит также ряд ограничений и запретов:

- • положения о недопустимости ограничения прав, обмана, насилия, угроз и иных незаконных мер в целях получения сведений от испытуемого (ч. 1 ст. 31 Закона);
- • запрет применения методов экспертного исследования, сопряженных с сильными болевыми ощущениями или способных отрицательно повлиять на здоровье; методов оперативного вмешательства, а также методов, запрещенных к применению в практике здравоохранения (ч. 1 ст. 35 Закона о ГСЭД).

На этапе экспертных исследований законом подробно урегулированы вопросы присутствия при их проведении участников процесса. В уголовном процессе правом такого присутствия наделен следователь, который правомочен при этом получать от экспертов разъяснения по поводу проводимых ими действий (ч. 1 ст. 197 УПК). Аналогичными правами обладают все субъекты, назначившие экспертизу.

При проведении экспертизы живого лица участникам процесса для присутствия необходимо не только разрешение лица или органа, назначившего экспертизу, но и согласие самого подэкспертного либо его законного представителя (ст. 36 Закона о ГСЭД). Однако субъект, назначивший экспертизу, вправе присутствовать при ее проведении и без их согласия.

При проведении исследований, сопровождающихся обнажением лица, подвергаемого экспертизе, вправе присутствовать только лица того же пола. Данное ограничение не распространяется на врачей и других медицинских работников (ч. 2 ст. 36 Закона). Присутствующие при производстве экспертизы лица не вправе вмешиваться в ход исследования, но могут давать объяснения и задавать экспертам вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. При составлении экспертного заключения, а также на стадии совещания экспертов и формулирования выводов присутствие участников процесса, включая лиц, назначивших экспертизу, не допускается (ч. 2 и 3 ст. 24 Закона о ГСЭД). Указанная норма служит гарантией от влияния участников процесса на экспертов.

Таким образом, проведение самих экспертных исследований (выбор методов и методик, их последовательность и пр.) регламентируется правилами (положениями) той отрасли знаний, представителем которой выступает эксперт. Данные правила содержатся в практических пособиях и методических материалах по проведению экспертиз соответствующих видов, а законодательные нормы регламентируют процесс экспертного исследования лишь косвенно.

Сроки судебно-психиатрической экспертизы.

Началом экспертизы считается момент поступления в распоряжение экспертов или экспертного учреждения постановления (определения) о ее назначении и материалов (объектов), необходимых для исследования. Экспертизу можно считать оконченной, когда оформленное и подписанное экспертом (экспертами) заключение направляется лицу (органу), по поручению которого она проводилась.

Вопрос о сроках СПЭ целесообразно рассмотреть раздельно по амбулаторной и стационарной экспертизам.

Срок амбулаторной экспертизы не должен превышать 30 дней с момента поступления в экспертную комиссию постановления (определения) о ее назначении со всеми необходимыми материалами до дня направления письменного экспертного заключения (акта экспертизы) и материалов дела следователю или суду[1]. В срок производства амбулаторной экспертизы не включаются затраты времени, связанные с предоставлением экспертам дополнительных материалов, несвоевременным прибытием (доставкой) подэкспертного, а также иные временные издержки, допущенные не по вине экспертов либо экспертного учреждения.

Стационарная СПЭ начинается с момента доставки в экспертное учреждение постановления или определения о ее назначении, материалов уголовного или гражданского дела (для лиц, заключенных под стражу, в том числе личного дела арестованного), а также помещения в стационар подэкспертного.

Сроки пребывания лица в психиатрическом экспертном стационаре установлены ст. 30 Закона о ГСЭД. Подэкспертный может помещаться в стационар на срок до 30 дней. В сложных случаях, требующих более длительного наблюдения и дополнительных исследований, этот срок по мотивированному ходатайству экспертов может быть продлен еще на 30 дней судьей районного суда по месту нахождения стационара. Допускается повторное продление срока в том же порядке. Общий срок пребывания лица в стационаре в рамках одной СПЭ не может превышать 90 дней. Если в ходе проведения экспертных исследований выявилась необходимость в дополнительных объектах и материалах, то эксперты ходатайствуют об их предоставлении перед субъектом, назначившим СПЭ. Если ходатайство не удовлетворяется в течение 30 календарных дней, экспертные вопросы решаются в той мере, в какой это позволяют имеющиеся в распоряжении экспертов объекты и материалы[1].

Установленный 30-дневный срок пребывания в стационаре (при возможности его продления) не является фиксированным. В каждом конкретном случае продолжительность стационарного освидетельствования определяется потребностью проведения всех необходимых исследований. Вынесение экспертного решения до истечения 30 дней пребывания в стационаре вполне правомерно, если эксперты укладываются в этот срок. Необходимость пребывания испытуемого в стационаре отпадает, когда эксперты пришли к окончательным выводам. С этого времени подэкспертный подлежит выписке, и срок госпитализации заканчивается. На составление письменного экспертного заключения экспертам отводится еще не более 10 дней[2] [3] [4].

В суде срок СПЭ обусловлен временем, которое требуется эксперту для изучения материалов, выслушивания показаний, относящихся к предмету экспертизы, наблюдения за испытуемым в зале суда и его экспертного

освидетельствования в перерыве судебного заседания (в одном из предоставленных для этой цели помещений суда).

Федеральным законом от 28.06.2009 № 124-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» с 12 июля 2009 г. установлены новые правила, касающиеся сроков производства экспертиз и их оплаты в гражданском процессе. Изменения внесены в ч. 1 ст. 80 и ч. 2 ст. 85 ГПК, а также в ст. 14 и 16 Закона о ГСЭД.

Согласно этим изменениям в определении о назначении экспертизы суд указывает теперь не только дату назначения экспертизы, но и дату, не позднее которой экспертное заключение должно быть направлено в суд. На руководителя СЭУ возлагается обязанность обеспечивать контроль за соблюдением сроков производства экспертиз с учетом дат, установленных судом, а эксперты не вправе отказаться от производства порученной экспертизы на основании того, что она не оплачена. При отказе в предварительной оплате эксперты обязаны провести экспертизу и направить экспертное заключение в суд вместе с заявлением о возмещении понесенных расходов и документами, их подтверждающими, для решения судом вопроса об их возмещении соответствующей стороной.

Если требование суда, указанное в судебном определении, о сроках окончания экспертизы не выполнено и при этом отсутствует мотивированное сообщение со стороны СЭУ о невозможности своевременного проведения СПЭ, суд вправе наложить на руководителя СЭУ или виновного в нарушении сроков эксперта штраф в размере до 5000 руб. (абз. 4 ч. 1 ст. 85 ГПК). Таким образом, ответственность за несоблюдение сроков проведения экспертизы, установленных постановлением суда, наступает лишь в том случае, если эксперты (руководитель СПЭУ) в письменном виде не сообщили суду, что выполнение экспертного задания в обозначенный судом срок не представляется возможным в силу уважительных причин.

После проведения всех необходимых исследований эксперты составляют письменное заключение или иной документ, предусмотренный законом. Сотрудники СПЭУ передают заключение (иной документ) своему руководителю, который направляет его субъекту, назначившему экспертизу, и возвращает объекты и материалы, подвергшиеся экспертному исследованию.

- [1] См.: «Протокол ведения больных. Судебно-психиатрическая экспертиза». При этомне более 20 дней отводится на экспертные исследования и не более 10 дней на составлениезаключения. Такие же сроки установлены для заочных и посмертных СПЭ. В то же времясогласно п. 13 Положения об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной О

- [2] О комиссии, утвержденного Минздравом СССР 05.12.1985 № 06-14/30, срок амбулаторной экспертизы не должен превышать 20 дней с момента поступления в экспертнуюкомиссию постановления (определения) о ее назначении со всеми необходимыми материалами до дня направления экспертного заключения и материалов дела следователюили в суд. Положение не отменено и считается действующим в части, не противоречащейроссийскому законодательству. По-видимому, окончательно вопрос о сроках амбулаторной СПЭ будет определен после принятия новых подзаконных положений и инструкций.
- [3] Пункт 24 Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений.
- [4] Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключениесудебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)» (приложение № 2 к приказуМинздрава России от 12.08.2003 № 401).

Документы, составляемые по результатам судебно-психиатрической экспертизы.

При ответе экспертов на все вопросы составляется документ, именуемый заключением. В случае невозможности ответить на все экспертные вопросы составляется письменное сообщение о невозможности дать экспертное заключение. Если эксперты отвечают на часть экспертных вопросов, то в заключении наряду с ответами на одни вопросы сообщается о невозможности дать ответ на другие (с необходимыми пояснениями). Экспертное решение о невозможности ответить на экспертные вопросы в амбулаторных условиях оформляется в виде соответствующего заключения СПЭ.

Экспертные заключения подлежат проверке и оценке следователем (судом):

- • проверяется соблюдение требований закона при проведении экспертных исследований и составлении заключения;
- • оценивается уровень специальной подготовки (квалификации) экспертов и ее соответствие проведенному экспертному исследованию;
- • проверяется, не вышли ли эксперты за пределы своих специальных знаний;
- • оценивается полнота экспертных исследований и экспертного заключения;
- • осуществляется оценка научной обоснованности методов исследования и экспертных выводов;
- • оцениваются иные аспекты допустимости экспертного заключения как доказательства (например, не давал ли заключение эксперт,

подлежащий отводу) и определяется место экспертных выводов в системе других доказательств, собранных по делу.

По результатам проверки и оценки следователь (суд) может либо отклонить экспертные выводы (или их часть), мотивировав свое несогласие в соответствующем процессуальном документе, либо согласиться с выводами экспертов и положить их в основу принимаемых по делу процессуальных решений. В целом, проверка и оценка экспертного заключения проводится по общим правилам проверки и оценки судебных доказательств (ст. 87 и 88 УПК, ст. 67 ГПК).

Если в процессе оценки заключения появляется необходимость выяснить или уточнить какие-то обстоятельства у самого эксперта, то следователь (суд) вправе допросить его[1].

Допрос эксперта проводится для уточнения содержащихся в заключении специальных терминов и получения дополнительных сведений, относящихся к проведенной экспертизе, и т.п. При этом уточняются только те обстоятельства, которые можно установить без проведения дополнительных исследований. Эксперт не может быть допрошен до представления им заключения (ч. 1 ст. 205 УПК); не допускается также допрос эксперта по поводу сведений, ставших ему известными в связи с проведением экспертизы, но не относящихся к ее предмету (ч. 2 ст. 205 УПК; ст. 31 Закона о ГСЭД). Эксперт может представить свои показания собственноручно написанными, поскольку они могут содержать специальную терминологию.

Заключение эксперта вместе с протоколом допроса эксперта (при его наличии) на предварительном следствии предъявляются следователем подозреваемому, обвиняемому и его защитнику, которым разъясняют право ходатайствовать о назначении дополнительной либо повторной экспертизы (ч. 1 ст. 206 УПК). В случаях когда экспертиза проводилась по ходатайству потерпевшего либо в отношении потерпевшего (свидетеля), им также предъявляется заключение эксперта (ч. 2 ст. 206 УПК). После ознакомления с заключением данные лица имеют право ходатайствовать о назначении новой экспертизы (дополнительной или повторной), а также о вызове эксперта на допрос, приобщении к делу доказательств, относящихся к предмету проведенной экспертизы, и пр.

При назначении новой (дополнительной или повторной) экспертизы судом допрос эксперта проводится в судебном заседании (ст. 282 УПК; ч. 1 ст. 187 ГПК), при этом стороны вправе участвовать в допросе эксперта.

- [1] При проведении комиссионной СПЭ на допрос вызывается обычно один из членовэкспертной комиссии. Однако в зависимости от обстоятельств допрашиваться могут всеэксперты.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Что вы можете сказать о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар как правовой и медицинской проблеме в общей психиатрии?
- 2. Какова организационная структура судебно-психиатрических экспертных учреждений в Российской Федерации?
- 3. Назовите организационные формы судебно-психиатрических экспертиз.
- 4. В чем заключаются особенности проведения амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертиз?
- 5. Перечислите права и обязанности судебных психиатров-экспертов.
- 6. Каковы требования к квалификации судебных психиатров-экспертов?
- 7. Какие фактические и юридические основания для проведения судебнопсихиатрических экспертиз существуют в уголовном и гражданском процессе?
- 8. Назовите законодательные акты, которыми регламентируется судебная экспертиза живых лиц.
- 9. Каковы сроки судебно-психиатрической экспертизы?
- 10. Какие документы составляются по результатам судебно-психиатрической экспертизы?
- 11. Что вы можете сказать о такой процедуре, как допрос эксперта?

Литература

Аверьянова Т. В. Судебная экспертиза : курс общей теории. М., 2006.

Ангелова-Барболова Н. С., БерезанцевА. Ю. Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар в Республике Болгария и Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. 2007. № 4. С. 47—52.

Комментарий к законодательству о судебной экспертизе. М. : Норма, 2004.

Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии. Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами) / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М. : Спарк, 1997.

Комментарий к Федеральному закону «О государственной экспертной деятельности в Российской Федерации». М. : ТК Велби, 2002.

Мотов В. В. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии и права. М. : Фолиум, 2008.

Мохонько А. Р., Макушкин Е. В., Муганцева Л. А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2015 г. : аналитический обзор. М., 2010.

Руководство по судебной психиатрии / под ред. А. А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и доп., 2017.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТА

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен:

знать

- • правовые основы заключения судебно-психиатрического эксперта как доказательства по делу;
- • нормативные требования к заключению судебно-психиатрического эксперта;

уметь

- • обозначать круг законодательных требований к заключению судебно-психиатрического эксперта;
- • формулировать основные принципы судебно-психиатрического экспертного исследования;
- • выделять основные структурные разделы заключения судебно-психиатрического эксперта;

владеть

• навыками оценки объективности, всесторонности и полноты экспертного заключения, его соответствия нормативным требованиям.

Судебно-психиатрическое экспертное заключение — письменный документ, получаемый в ходе судопроизводства. В связи с этим к нему предъявляется ряд законодательных требований, строго определяющих его структуру. В то же время содержательная сторона указанного документа определяется спецификой психиатрической науки как отрасли знаний.

В заключении СПЭ приводятся основания и условия ее проведения, излагаются вопросы, поставленные перед экспертом, перечисляются проведенные исследования, формулируются экспертные выводы. Как следует из законодательных норм (ст. 74 УПК; ст. 55 ГПК), заключение является доказательством по уголовному или гражданскому делу.

Экспертное заключение — лишь одно из равноправных доказательств среди прочих. Согласно ст. 17 УПК судья, присяжные заседатели, прокурор,

следователь, дознаватель оценивают доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на совокупности имеющихся в уголовном деле доказательств, руководствуясь при этом законом и совестью. При этом *никакие доказательства не имеют заранее установленной силы.*

Аналогичную норму содержит ГПК (ст. 67), особо подчеркивая распространение данного принципа на экспертное заключение (ст. 86 ГПК), а в главе, посвященной процедуре судебного разбирательства, говорится, что «заключение эксперта исследуется в судебном заседании, оценивается судом наряду с другими доказательствами и не имеет для суда заранее установленной силы» (ч. 2 ст. 187 ГПК). Таким образом, процессуальными нормами прямо устанавливается равноправие заключения эксперта среди других доказательств.

Вместе с тем в случае несогласия суда с экспертным заключением оно обязательно должно быть обосновано[1]. Согласно ч. 3 ст. 86 ГПК «несогласие суда с заключением должно быть мотивировано в решении или определении суда», а в ч. 2 ст. 187 ГПК говорится, что «несогласие суда с заключением эксперта должно быть мотивировано в решении суда по делу либо в определении суда о назначении дополнительной или повторной экспертизы...» Таким образом, закон обязывает суд конкретизировать претензии к заключению эксперта с соответствующей аргументацией.

В заключении эксперта можно выделить содержание (выводы, базирующиеся на проведенном исследовании) и форму (заключение как документ, соответствующий законодательным требованиям). Оба компонента одинаково важны при оценке заключения эксперта.

Структура экспертного заключения. В наиболее развернутом виде структура экспертного заключения изложена в ст. 25 Закона о ГСЭД.

На основании проведенных исследований с учетом их результатов эксперт от своего имени или комиссия экспертов дают письменное заключение и подписывают его. Подписи эксперта или комиссии экспертов удостоверяются печатью государственного судебно-экспертного учреждения.

В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены:

- • время и место производства судебной экспертизы;
- • основания производства судебной экспертизы;
- • сведения об органе или о лице, назначивших судебную экспертизу;
- • сведения о государственном судебно-экспертном учреждении, об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которому поручено производство судебной экспертизы;

- • предупреждение эксперта в соответствии с законодательством РФ об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;
- • вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов;
- • объекты исследования и материалы дела, представленные эксперту для производства судебной экспертизы;
- • сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;
- • содержание и результаты исследований с указанием примененных методов;
- • оценка результатов исследования, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам.

Сходные требования к экспертному заключению сформулированы в ст. 204 УПК и ст. 86 ГПК.

В структуре заключения эксперта выделяют три части: *вводную, исследовательскую*и *выводы.*

Особую специфику, отраженную в специальных законодательных нормах, например в ст. 23 Закона о ГСЭД («Комиссия экспертов разных специальностей»), имеют *заключения комплексных судебно-психиатрических исследований.*

Согласно ст. 23 при производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей (комплексной экспертизы) каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных знаний. В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность.

Общий вывод делают эксперты, компетентные в оценке полученных результатов и формулировании данного вывода. Если основанием общего вывода являются факты, установленные одним или несколькими экспертами, то это должно быть указано в заключении. В случае возникновения разногласий между экспертами результаты исследований оформляются в соответствии с ч. 2 ст. 22 Закона о ГСЭД.

Идентичную структуру заключения комплексного экспертного исследования устанавливает процессуальное законодательство (ст. 201 УПК; ст. 82 ГПК).

Помимо общих правил законодательство предъявляет к экспертному заключению также особые профессиональные требования. Так, согласно ст. 8 Закона о ГСЭД эксперт проводит исследования объективно, на строго

научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов, на базе общепринятых научных и практических данных.

Таким образом, законодательно закрепляются *три специальных* (*профессиональных*) *принципа* судебно-экспертного исследования: объективность, всесторонность и полнота.

Принцип *объективности* означает: требование к эксперту проводить исследования и формулировать выводы на научно-методической основе, соответствующей современному уровню развития области знаний, которую он представляет; недопустимость субъективизма (выводов, не основанных на данных исследования) и беспристрастность эксперта (отсутствие у него какой-либо личной заинтересованности в результатах экспертизы).

К обязательному условию объективности эксперта относят его компетентность, наличие профессиональных знаний и опыта в конкретной экспертной специальности. К индивидуальным аспектам объективности эксперта относится также его бесстрастность относительно обстоятельств конкретного дела, по которому проводится экспертное исследование (т.е. эмоциональные факторы, например, относительно личности подэкспертного или особенностей совершенного им правонарушения не должны влиять на беспристрастность эксперта). Психологическая независимость от обстоятельств рассматриваемого судом дела — элемент профессиональной подготовки эксперта и признак его профессиональной квалификации.

Принцип *всесторонности* исследования предполагает: учет всех исходных данных, необходимых для экспертного исследования; формулирование и проверку экспертных версий, возникающих в процессе исследования; оценку результатов исследований в их соотнесении с исходными данными и экспертными версиями.

В процессе исследования эксперт обязан выявить и использовать различную информацию об объекте исследования, в том числе факты, способствующие как положительному ответу на тот или иной вопрос, так и отрицательному.

Полнота экспертного исследования характеризуется: ответами эксперта на все поставленные перед ним вопросы; проведением исследования в отношении всех объектов, по которым были поставлены вопросы; использованием всех доступных эксперту методов и средств, необходимых для проведения исследования и дачи заключения.

Эксперт должен использовать весь арсенал методов и средств, который ему предоставляет современный научный уровень развития его экспертной специальности и который необходим для получения обоснованного и надежного вывода. Обязанность проведения экспертом исследования во всей полноте предусмотрен и процессуальным законодательством, например ст. 204 УПК.

Нормативные требования к заключению судебно-психиатрического эксперта. Общие законодательные требования, определяющие порядок проведения судебно-экспертных исследований и оформление их результатов, конкретизированы в приказе Минздрава России от 12.08.2003 № 401, утвердившем отраслевую учетную форму № 100/ у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)» и Инструкцию по ее заполнению. С изложенными в ней правилами должны быть знакомы не только судебно-психиатрические эксперты, но и все, кто имеет отношение к назначению и оценке результатов судебно-психиатрической экспертизы. В Инструкции закрепляется выделение в структуре заключения судебно-психиатрического эксперта трех частей: вводной, исследовательской и выводов.

Вводная часть начинается с указания наименования экспертного учреждения (п. 1.1)[2]. В соответствии со ст. 11 Закона о ГСЭД «государственными судебно-экспертными учреждениями являются специализированные учреждения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации». В учреждениях и подразделениях, не относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, «не может организовываться и производиться судебно-психиатрическая экспертиза».

Вид экспертного исследования должен быть конкретизирован (п. 1.3) органом, назначившим его. Так, может быть назначена комплексная экспертиза, однако не сформулированы вопросы, входящие в компетенцию одного из экспертов. В этих случаях возможна констатация их отсутствия без ответов, хотя возможно и проявление экспертной инициативы с самостоятельной постановкой вопросов, необходимых для формулирования соответствующих ответов.

В случаях когда назначена однородная судебно-психиатрическая экспертиза, но имеется необходимость в ответах иного специалиста, возможна рекомендация проведения другой однородной (например, психологической) экспертизы.

Краткое описание сущности дела (п. 1.4), включающее сведения о подэкспертном, осуществляется с указанием статей Закона, по которым ведется производство по делу изложением вкратце их содержания. Далее

приводятся сведения об эксперте (экспертах) — п. 1.5. При этом не выделяются врач-докладчик и члены комиссии. Закон о ГСЭД указывает на возможность выделения эксперта-организатора, но его процессуальные функции также не отличаются от функций остальных экспертов (ч. 5 ст. 21).

Законодательство формулирует особые требования к фигуре эксперта. Специальность «судебно-психиатрическая экспертиза», как уже отмечалось ранее (см. п. 3.4 учебника), подразумевает получение дополнительного образования на базе основной специальности (психиатрия). Таким образом, минимально необходимым набором данных для психиатра-эксперта являются следующие сведения, указание на которые обязательно в экспертном заключении: специальность (психиатрия, судебно-психиатрическая экспертиза) и должность (врач судебно-психиатрический эксперт). Согласно Инструкции статус эксперта должен быть изложен примерно следующим образом: *«...Иваненко Андрея Анатольевича, образование высшее, психиатра, судебно-психиатрического эксперта, стаж — 25 лет, кандидата медицинских наук, врача судебно-психиатрического эксперта, руководителя отдела...»*

Указание на присутствующих при проведении экспертизы лиц (п. 1.6) связано с действующим процессуальным законодательством. Согласно ст. 197 УПК следователь вправе присутствовать при производстве судебной экспертизы, а факт его присутствия отражается в заключении эксперта. В соответствии с п. 5 ч. 1 ст. 198 УПК подозреваемый, обвиняемый и его защитник вправе «присутствовать с разрешения следователя при производстве судебной экспертизы, давать объяснения эксперту». Однако, так же как и следователь, указанные лица не могут присутствовать на стадии совещания экспертов при комиссионной экспертизе, при составлении экспертом заключения и формулировании выводов. Сходные условия присутствия при проведении экспертизы лиц, участвующих в деле, предусмотрены гражданским процессуальным законодательством. Согласно ч. 3 ст. 84 ГПК реализация этого права возможна, «за исключением случаев, если такое присутствие может помешать исследованию, совещанию экспертов и составлению заключения».

Процессуальное законодательство содержит требование ознакомления эксперта (удостоверенного его подписью) с содержанием ст. 307 УК (п. 1.9). Вместе с тем эксперт может быть привлечен к уголовной ответственности и в соответствии со ст. 310 УК за разглашение данных предварительного расследования. В ст. 57 УПК перечисляются также действия, которые эксперт не вправе осуществлять. Совершение экспертом подобных действий может послужить основанием для его отвода или признания результатов экспертизы как полученных с процессуальными нарушениями и не имеющих доказательственного значения. Кроме того, согласно ст. 117 УПК на эксперта как участника уголовного судопроизводства за нарушение его

процессуальных обязанностей может быть наложено денежное взыскание в размере до 2500 руб.

Ходатайство о продлении экспертного исследования (п. 1.12) является самостоятельным документом. Согласно ч. 2 и 3 ст. 30 Закона о ГСЭД «в случае необходимости по мотивированному ходатайству эксперта или комиссии экспертов срок пребывания лица в медицинском стационаре может быть продлен постановлением судьи районного суда по месту нахождения указанного стационара еще на 30 дней. Ходатайство эксперта или комиссии экспертов о продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре должно быть представлено в районный суд по месту нахождения указанного стационара не позднее чем за три дня до истечения 30-дневного срока». Указанные требования подразумевают, что решение о продлении срока должно быть выработано заблаговременно, чтобы подача ходатайства уложилась в предусмотренные законом сроки.

Право эксперта ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения (п. 1.12), предусмотрено п. 2 ч. 3 ст. 57 УПК.

Одним из важных объектов судебно-психиатрических экспертиз (п. 1.13) является медицинская документация (копии заключений предыдущих СПЭ по данному делу, медицинская карта ПНД, подлинники или копии стационарных историй болезней, справки, выписки из медицинских карт и пр.). Это официальные документы, содержащие все необходимые реквизиты (регистрационный номер, печати учреждений и пр.). Подобная документация, как и любой иной объект исследования, должна быть приобщена к материалам дела в установленном процессуальном законом порядке, изучена экспертами для объективизации диагностических и экспертных выводов, что должно быть зафиксировано в экспертном заключении (ст. 25 Закона о ГСЭД). В случаях когда материалы собраны экспертом самостоятельно или с помощью лиц, участвующих в деле, без ведома органа, назначившего экспертизу, они подлежат исключению из экспертного заключения как полученные с нарушением установленного законом порядка (ч. 2 ст. 85 ГПК; ст. 16 Закона о ГСЭД).

Исследовательская часть. Государственная судебно-экспертная деятельность согласно ст. 4 Закона о ГСЭД «основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники». В Инструкции перечисляются *методы* психиатрического экспертного исследования (п. 2.1) и утверждается принцип *хронологической последовательности* (п. 2.2.1)

изложения имеющейся о подэкспертном информации и обстоятельств юридически значимой ситуации.

Отступления от хронологической последовательности изложения имеющихся в деле данных, могут быть допустимы в случае очевидных противоречий тех или иных показаний, полученных в ходе судебноследственных действий, с иными объективными данными, изложенными в медицинской документации. Подобная ситуация может возникнуть в гражданском процессе при взаимоисключающих описаниях различных анамнестических периодов. В этих случаях можно разместить эти показания уже при изложении возникшей судебной ситуации, чтобы продемонстрировать противоречивость материалов дела.

При изложении анамнеза (п. 2.2.2) необходимо раскрыть все клинически значимые данные, расшифровать номенклатурные коды, включая устаревшие (МКБ-9), используемые во врачебной практике аббревиатуры или графы расписания болезней (см. приказы Минобороны России и других ведомств).

Указание на предшествующие судимости должно сопровождаться не только уточнением статей УК, но и их расшифровкой, что облегчает восприятие заключения, кроме того, могут фигурировать номера статей старого Уголовного кодекса (УК РСФСР и других союзных республик).

Ссылки на медицинскую документацию не могут исчерпываться упоминанием диагнозов, а должны сопровождаться описанием психического статуса на момент госпитализации или амбулаторного посещения врача. При описании предшествующих экспертных исследований необходимо обращать внимание на заключения психологов, отражать медицинскую документацию, содержащую описание соматической патологии, носящей длительный или тяжелый характер.

Данный раздел служит обоснованием экспертных выводов, поэтому недопустимо включение в него собственных оценочных суждений, особенно противоречащих данным ранее заключениям специалистов. Изложение юридически значимого события не должно квалифицировать его как факт совершения подэкспертным каких-либо противоправных действий, поскольку до судебного решения он является лишь обвиняемым. По этим же причинам приведение фабулы инкриминируемого деяния не должно заимствоваться из постановления и включать формулировки вроде «имея умысел на совершение...» и т.д. Подобные фразы представляют собой оценочные категории, подчиненные задачам следствия (определение состава обвинения и т.п.) и потому не могут включаться в экспертное заключение. В то же время следует приводить важные для квалификации механизмов аномального поведения обвиняемого данные осмотра места правонарушения; длительность противоправного поведения, статус и возраст жертв или

несовершеннолетних соучастников (при групповых правонарушениях). Всегда необходимо вычленение из предоставленных материалов исследования тех данных, которые имеют значение для оценки психического состояния подэкспертного и характеристики его поведения, а также их аналитический разбор. Должна быть отражена динамика показаний обвиняемого в ходе следствия или судебного разбирательства, хотя эти данные должны представляться в обобщенном виде без приведения прямой речи с несущественными деталями и повторами.

Обычно сначала приводятся показания свидетелей и потерпевших, затем самого обвиняемого, поскольку последние — это еще и предмет анализа процессуальной дееспособности, так как они отражают способность обвиняемого к правильному восприятию обстоятельств и даче о них показаний.

Недопустимость смешения объективной и субъективной информации (п. 2.2.3) о психопатологических переживаниях определяется тем, что это отдельные области клинического исследования — феноменологическое описание субъективных переживаний подэкспертного и их психопатологическая квалификация, осуществляемая специалистами и отражающаяся в медицинской документации.

Анамнез должен излагаться последовательно, вплоть до поступления лица на экспертизу (п. 2.2.4), в том числе включать сведения и из *личного дела* обвиняемого (о нарушениях режима содержания и т.п.), которые должны излагаться полностью.

Эксперт не имеет права нарушать принцип равноправия экспертных гипотез (п. 2.2.5) и игнорировать какую-либо часть материалов, которые являются доказательствами по делу. Всю клинически значимую информацию нужно исследовать и оценивать в совокупности. Касающиеся подэкспертного данные должны отражаться полностью, а не в урезанной форме, в русле избранной экспертом диагностической гипотезы. Например, характеристики с места работы или жительства могут содержать ценные данные, определяющие особенности личности подэкспертного.

Запрет на включение в экспертное заключение данных об иных правонарушениях, если эти данные отсутствуют в представленных экспертами материалах (п. 2.2.7), связан с этическими нормами и соотносится с ч. 3 ст. 31 Закона о ГСЭД, согласно которой «эксперт не может быть допрошен по поводу получения им от лица, в отношении которого он проводил судебную экспертизу, сведений, не относящихся к предмету данной судебной экспертизы».

При описании соматического и неврологического состояния (п. 2.3.1 и 2.3.2) приводятся данные обследования и диагнозы, установленные

соответствующими специалистами. Отражение соматического и неврологического состояния важно в контексте психосоматических взаимосвязей, так как тяжелое соматическое заболевание может быть фактором, вызывающим психическое расстройство или усугубляющим его течение, а констатация неврологической симптоматики является одним из подтверждений органического расстройства психики (вследствие, например, черепно-мозговой травмы). И при соматическом, и при неврологическом описании обязательны расшифровка аббревиатур и раскрытие смысла выявляемых данных.

Описание психического состояния (п. 2.3.3) должно быть последовательным, полным, отражать все стороны психической деятельности и не допускать различных толкований. Изложение психического состояния должно опираться на феноменологический метод и быть описательным, без использования психиатрической терминологии. Приведение прямой речи подэкспертного допускается в случаях, когда высказывания точно характеризуют его психическое состояние.

Описания невербального и речевого (п. 2.3.5 и 2.3.6) поведения подразумевают: в первом случае — отражение особенностей мимики, пантомимики, поведенческих реакций подэкспертного, моторных нарушений (при их наличии), которые свидетельствуют о психическом расстройстве; во втором — оценку качественного своеобразия речи, что предшествует изложению собственно речевой продукции.

При описании конкретных особенностей поведения подэкспертного следует избегать оценочных терминов, которые более уместны для итоговых характеристик при обосновании диагноза. Например, вместо термина «эксцентричен» необходимо дать описание особенностей поведения («держится высокомерно, на вопросы отвечает витиеватыми фразами, внезапно встает со стула и начинает читать стихи собственного сочинения»). Прямые цитаты из речи подэкспертного уместно приводить в тех случаях, когда они отражают смысловые и структурные нарушения мыслительного процесса, специфичные для определенной психической патологии.

При изложении психического статуса не должно быть дублирования анамнестического раздела, и если упоминаются какие-либо жизненные события, то в контексте эмоционально-личностного на них реагирования и их роли в развитии психопатологических расстройств, т.е. в связи с клинической квалификацией психического состояния подэкспертного.

Анализ субъективной версии излагаемых подэкспертным юридически значимых событий в соотнесении с данными, изложенными в материалах уголовного или гражданского дела (п. 2.3.10), помогает охарактеризовать как сохранность критических способностей субъекта, так и наличие личностных

установок по отношению к обстоятельствам дела и проводимой экспертизе. При этом наличие или отсутствие чувства вины и осознания противоправности не могут являться аргументом при оценке вменяемости-невменяемости, поскольку могут быть как следствием искажения смысловых представлений о значении своих действий вследствие психического расстройства, так и асоциальными личностными установками. Поэтому требуется целостный анализ критических способностей подэкспертного в широком контексте — как в юридически значимой ситуации, так и вне ее.

Выявленные психические нарушения в различных сферах психической деятельности (интеллект, мышление, эмоции, критические способности и др.) подвергаются клинической систематизации и психопатологической квалификации в соответствии с описанием психического состояния (п. 2.3.12). Все диагностические суждения должны опираться на феноменологические описания и динамику психического состояния подэкспертного и соотноситься с общепризнанными международными критериями диагностики.

При интерпретации полученных данных психиатр-эксперт должен всегда руководствоваться исключительно клиническими аргументами (п. 2.3.17) с переходом от феноменологического описания к нозологическому диагнозу.

Любые собственные субъективные интуитивные впечатления (например, так называемое чувство шизофрении — praecox gefuhl) эксперт обязан подкрепить клиническими фактами и обосновать нозологический диагноз в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Выводы. В этой части заключения излагается оценка результатов проведенных исследований, осуществляется обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам (п. 3.1). При обосновании выводов могут использоваться только клинические аргументы, описанные и *систематизированные* (п. 2.3.16) в исследовательской части заключения.

Формулировка диагноза базируется только на диагностических категориях МКБ-10 (п. 3.2), поскольку данная Классификация (адаптированная для применения в Российской Федерации и введенная приказом Минздрава России от 27.05.1997 № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра» с 1 сентября 1999 г.) является обязательной для использования в психиатрических учреждениях РФ.

Не допускается игнорирование тех или иных вопросов, поставленных перед экспертами (п. 3.3). Например, при проведении комплексных СПЭ, если психиатры использовали юридическую формулу невменяемости, эксперт-психолог также должен ответить на поставленные перед ним вопросы,

поскольку в противном случае, помимо нарушения процессуальных требований, это противоречит и теоретическим положениям. Ведь психология одним из своих объектов имеет патологию психической деятельности, а основным направлением деятельности судебного эксперта-психолога является применение своих знаний и методологического инструментария в клинической психологии [Сафуанов, 1998].

Желательно, чтобы заключение содержало номера вопросов, на которые дается ответ. Хотя это строго не регламентировано, возможны два варианта: а) номера указываются в скобках по завершении обоснования ответа на соответствующий вопрос; б) после мотивировочной части выделяется раздел «Ответы на вопросы суда (следователя)» с ответами на вопросы в соответствии с экспертным заданием.

Отказ от ответа на поставленные вопросы также должен быть обоснованным, что подразумевает ссылку, например, на их несоответствие компетенции входивших в состав экспертной комиссии специалистов (согласно п. 6 ч. 3 ст. 57 УПК: «эксперт вправе... отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения»). Подобную норму содержит и гражданское процессуальное законодательство (ч. 1 ст. 85 ГПК): «В случае если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта либо материалы и документы непригодны или недостаточны для проведения исследования и дачи заключения, эксперт обязан направить в суд, назначивший экспертизу, мотивированное сообщение в письменной форме о невозможности дать заключение».

Более полно основания отказа от дачи заключения приведены в ст. 16 Закона о ГСЭД, где среди подобных причин указаны: выход поставленных вопросов за пределы специальных знаний эксперта; непригодность или недостаточность для проведения исследований и дачи заключения материалов дела, если эксперту было отказано в их дополнении; недостаточный уровень развития науки для ответа на поставленные вопросы.

Обоснование отказа от ответа на вопрос может выглядеть приблизительно так:

*Ответ на вопрос о том, «обладает ли подэкспертный абсолютной чувствительностью зрительного, слухового (или иного) анализатора, достаточной для восприятия раздражителя (мужчина-женщина, смех, запахи, отлученность от дома и близких ему людей, предательство, отказ в просьбе о сигарете, озлобление, внушаемость и т.д*О»[3] *не может быть дан, поскольку понятие «абсолютной чувствительности» в медицине (и в психиатрии) не имеет определения, а особенности сферы*

восприятия (зрительного и слухового) описываются при анализе психического состояния.

Ответ на вопрос о прогнозе имеющегося у подэкспертного психического расстройства не может быть дан с нужной степенью вероятности, поскольку динамика психических расстройств носит неоднозначный характер и зависит от многих факторов (особенностей личности, характера последующих экзогенных и эндогенных воздействий и пр.), часть из которых не может быть достоверно известна в настоящее время.

В указанных случаях составляется письменное «Сообщение о невозможности дать заключение» (п. 3.5), являющееся особым процессуальным документом и в своей содержательной части мало чем отличающееся от заключения эксперта. Оно составляется, когда перечисленные выше обстоятельства были установлены в ходе экспертного исследования.

Сходный с приведенным «Сообщением...» документ составляется в случае, если в ходе амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы не дается ответа ни на один из поставленных вопросов и рекомендуется проведение стационарной экспертизы («Сообщение о невозможности дать заключение в амбулаторных условиях»). Закон не конкретизирует обстоятельства, на которые требуется указывать эксперту при подобной рекомендации. Статья 29 Закона о ГСЭД указывает, что «в случае возникновения при назначении или производстве судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно помещается в соответствующий медицинский стационар...» В комментарии к данной статье указывается, что помещение подэкспертного в стационар должно быть обусловлено необходимостью проведения таких экспертных исследований, которые невозможны в амбулаторных условиях [Комментарий к Федеральному закону..., 2002]. Среди них — необходимость длительного клинического наблюдения, некоторых сложных лабораторных и инструментальных медицинских исследований, т.е. перечень причин рекомендации стационарного обследования носит открытый характер.

На практике бывают случаи, когда экспертное задание формулируется нечетко, содержит старые терминологические обороты или носит некорректный характер. В этих ситуациях эксперту предоставлено право на экспертную инициативу (п. 3.7), что вытекает из ст. 57 УПК (эксперт вправе «давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования»). Неудачно или ошибочно сформулированный вопрос может быть изложен в версии эксперта, если смысл вопроса ему понятен (п. 3.6). Может использоваться такой вариант: в мотивировочной части после обоснования вывода, содержащего ответ на подразумеваемый вопрос, в скобках приводится

формулировка эксперта: *(Ответ на вопрос №... в формулировке эксперта:* «...»).

Заключение должно быть изложено в такой форме, которая будет достаточна для понимания неспециалистам, участникам процесса (п. 3.8). Речь идет о разъяснении специальных (клинических) терминов, в которых формулируются результаты исследования, их переводе в общепонятную форму.

При проведении СПЭ психиатры-эксперты не могут выходить за пределы своих специальных познаний (п. 3.9). Например, предметом экспертиз, назначаемых в связи с сомнениями во вменяемости (п. 3 ст. 196 УПК), является психическое состояние подэкспертного, диагностика психического расстройства и установление степени его влияния на способность лица осознавать фактический характер своих действий или руководить ими в соответствии с признаками (критериями), содержащимися в ст. 21 и 22 УК. Решение же о вменяемости-невменяемости является исключительной компетенцией суда.

Ссылки экспертов на статьи кодексов являются допустимыми из-за сходства юридических формул (критериев) различных правовых норм, касающихся юридически значимых психических расстройств (ч. 3 ст. 20, ст. 21, 22, 81 УК).

Требование анализа расхождений с выводами предыдущей экспертизы (п. 3.10) обусловлено тем, что повторное экспертное исследование является инструментом проверки и оценки первичной экспертизы. Кроме того, недопустимо изменение диагностических и экспертных выводов коллег без соответствующей аргументации и обоснования.

Комплексные экспертизы. Структура комплексного экспертного заключения (п. 4.3.1) в целом должна соответствовать структуре заключения однородной СПЭ. Правила составления заключения комплексной экспертизы определяются нормами ст. 23 Закона о ГСЭД («Комиссия экспертов разных специальностей»), где говорится: «При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей (комплексная экспертиза) каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных познаний. В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел».

При комплексных исследованиях допускаются два варианта оформления анамнестической части по согласованию с экспертами различных специальностей. В первом случае (п. 4.3.2) общая анамнестическая часть имеет равноценное значение для каждого из экспертов, использующих

содержащиеся здесь данные в ходе собственного исследования, и подписывается всеми участвующими в экспертизе специалистами. Во втором случае (п. 4.3.3) специфические элементы анамнеза, необходимые одному из экспертов, группируются отдельно в каждой исследовательской части смежных с психиатрами специалистов.

Каждый судебный эксперт обязан в пределах своей профессиональной компетенции представить в полном объеме использованные им методы и результаты их применения, необходимые для дачи заключения (п. 4.3.4). Каждый эксперт вправе подписывать лишь ту часть заключения, где содержится описание проведенных им исследований (п. 4.3.5). Данное положение обеспечивает соблюдение принципа личной ответственности эксперта за данное им заключение, поскольку эксперт может и должен нести юридическую ответственность лишь за лично проведенные исследования.

Каждый эксперт может опираться на данные и выводы, полученные и сформулированные экспертом другой специальности, при условии, что данное обстоятельство будет отмечено в экспертном заключении (п. 4.4.1). Так, судебно-психиатрический эксперт при обосновании диагноза может использовать результаты экспериментально-психологического обследования, которые являются частью экспертного психологического исследования, сделав отсылку к соответствующему разделу экспертного заключения.

Конечная цель комплексной экспертизы — получение интегративного вывода (п. 4.4.2), т.е. ответа на вопрос, формулируемого путем объединения познаний взаимодействующих экспертов различных специальностей. Заключение подписывается экспертом (экспертами) и заверяется печатью судебно-психиатрического экспертного учреждения.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Охарактеризуйте судебно-психиатрическое экспертное заключение как доказательство по делу. Какова структура экспертного заключения?
- 2. Назовите профессиональные принципы судебно-экспертного исследования.
- 3. Каковы нормативные требования к заключению судебного психиатра- эксперта?
- 4. Какие требования предъявляются к оформлению вводной части заключения психиатра-эксперта?
- 5. Каковы особенности представления ходатайства психиатра-эксперта о продлении экспертного исследования и предоставлении ему дополнительных материалов?
- 6. Каковы требования к исследовательской части заключения судебного психиатра-эксперта?

- 7. Какие выводы судебный психиатр-эксперт делает в заключении?
- 8. Каким образом формулируются выводы в заключении комплексного судебно-психиатрического экспертного исследования?

Литература

Комментарий к Федеральному закону «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». М., 2002. 192 с.

Нормативно-правовые документы по судебно-психиатрической экспертизе. М., 2010.

Руководство по судебной психиатрии : практ. пособие / под ред. А. А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и доп., 2017.

Сафуанов Ф. С. Судебно-психиатрическая экспертиза : учебник для вузов. 2-е изд., перераб. и доп., 2017.

Ткаченко А. А. Заключение судебно-психиатрического эксперта // Судебная психиатрия / Т. Б. Дмитриева [и др.]. М. : Медицинское информационное агентство, 2008. С. 145—174.

- [1] Согласно п. 19 ППВС № 28 для оказания помощи в оценке заключения экспертаи допросе эксперта по ходатайству стороны или по инициативе суда может привлекатьсяспециалист. Разъяснения специалист дает в форме устных показаний или письменногозаключения.
- [2] Здесь и далее указываются пункты Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссииэкспертов)».
- [3] Приводится реальный вопрос, заданный экспертам.

КОМПЛЕКСНЫЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • правовые и методологические основы комплексных судебно-психиатрических экспертиз (КСПЭ);
- • виды комплексных судебно-психиатрических экспертиз;

уметь

- • выделять круг задач для решения КСПЭ;
- • определять специфику каждого вида КСПЭ;

- • выделять основные структурные элементы заключения экспертов по КСПЭ и устанавливать их соответствие правовым и нормативным требованиям;

владеть

• навыками формулирования задач для их решения в рамках КСПЭ и оценки экспертных заключений.

В уголовно-процессуальном законодательстве указывается, что «судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей, является комплексной» (ч. 1 ст. 201 УПК). Статья 82 ГПК содержит сходное определение: «Комплексная экспертиза назначается судом, если установление обстоятельств по делу требует одновременного проведения исследований с использованием различных областей знания или с использованием различных направлений в пределах одной области знания» (ч. 1).

Законодательство определяет требования к характеру взаимодействия экспертов в ходе комплексных экспертных исследований и к отражению в экспертном заключении использованных методов. Так, согласно ст. 23 Закона о ГСЭД «при производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей... каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных знаний. В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел». В процессуальном законодательстве содержатся такие же требования. Так, согласно ч. 2 ст. 201 УПК «в заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной судебной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел».

Объединение в рамках комплексной экспертизы усилий двух или нескольких лиц, сведущих в различных отраслях знания, требует строгого разграничения полномочий. Поэтому в понятие комплексной экспертизы обязательно включаются такие признаки, как различие в компетенции экспертов, четкое разделение их функций и дача заключения на основе не только личных исследований, но и по результатам исследований, проведенных другими экспертами. Соблюдение этих условий предполагает участие экспертов в совместном формулировании выводов и составление общего заключения.

Любая комплексная экспертиза всегда реализуется с помощью комплекса различных, заимствованных из разных наук методов исследования, являясь одной из процессуальных форм их использования.

К основным признакам комплексных экспертиз обычно относят следующие:

- 1) наличие единого объекта исследования;
- 2) различие его предмета, что выражается в различии методов исследования;
- 3) различие компетенций взаимодействующих экспертов при четком разделении их функций;
- 4) сходство или идентичность системы информационных единиц, создающие возможность обоюдного взаимопонимания, контроля и оценки;
- 5) возможность формулирования единого вывода на основе интеграции полученных разнородных данных путем их совместной оценки всеми экспертами.

Оформление результатов комплексного исследования определяется требованиями законодательства и подчиняется основной цели — достижения интегративного вывода. В соответствии со ст. 23 Закона о ГСЭД «каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность. Общий вывод делают эксперты, компетентные в оценке полученных результатов и формулировании данного вывода. Если основанием общего вывода являются факты, установленные одним или несколькими экспертами, это должно быть указано в заключении».

Данная норма подразумевает как минимум два варианта проведения комплексной экспертизы: когда общий вывод делают все эксперты, участвовавшие в комплексной экспертизе, и когда интегративный вывод формулируется одним из них.

Процессуальная форма комплексирования профессиональных знаний, основанная на объединении (учете) экспертами одной специальности результатов исследований, выполненных представителями другой научной специальности, не ведущая, однако, к формулированию общего экспертного вывода, в современной теории экспертиз обозначена понятием «комплекс исследований в рамках одной экспертизы». Как отмечает ряд ученых, понятия комплексной экспертизы и комплекса экспертиз равнозначны. В процессуальном же смысле и организационном аспекте они далеко не идентичны и предполагают специфику реализации комплексного подхода. Из этого следует вывод о допустимости всех трех форм комплексирования в судебных экспертизах.

Владение междисциплинарными знаниями обусловливает процессуальную допустимость решения экспертной задачи как группой (комиссией) экспертов разных специальностей, так и одним экспертом на основе обобщения результатов частных исследований, полученных экспертами разных специальностей. Указанные особенности формулирования общего

вывода можно проследить на примере различных моделей комплексного экспертного взаимодействия [Корухов, Ростов, 1997].

Комплексная судебная экспертиза.

На этапе раздельных исследований осуществляется собственно комплексное исследование в целях получения разнородной информации о свойствах объекта исследования. Решаются промежуточные частные задачи, подчиненные достижению основной цели — решить главную задачу комплексной экспертизы, которая может осуществляться в двух вариантах.

Первый вариант. На заключительном этапе происходит обобщение результатов раздельных исследований для решения главной задачи экспертизы с объединением знаний и опыта экспертов разных специальностей.

Второй вариант. На завершающем этапе оказывается, что лишь один из экспертов обладает знаниями, достаточными для обобщения всей информации. В этих случаях данному эксперту поручается решение главной задачи, формулирование и подписание конечного вывода. С процессуальной точки зрения и в этом случае комплексная экспертиза была проведена и главная задача решена.

Комплекс исследований в рамках одной экспертизы.

Изначально предполагается, что обобщение результатов исследований, проведенных экспертами разных специальностей или разных специализаций, формулирование и подписание конечного вывода будут осуществляться одним из экспертов, принимавших участие в этом исследовании. Характерно то, что комплекс исследований осуществляется в пределах одного рода экспертиз и в рамках одной конкретной экспертизы и завершается всегда одним экспертом, тогда как комплексные исследования осуществляются в рамках разных родов (разных классов) экспертиз.

Комплекс экспертиз — совокупность экспертиз, при производстве которых исследуется один и тот же объект, но его различные свойства и решаемые задачи не связаны друг с другом.

В судебно-психиатрической практике возможно взаимодействие судебно-психиатрических экспертов с врачами иных специальностей. При посмертных экспертизах, при наличии прижизненной органической психической патологии, например при опухолях мозга, ее выраженность и динамика во многом определяется локализацией органического процесса, его распространенностью. В связи с этим в состав экспертной комиссии могут включаться неврологи, онкологи, токсикологи в связи с необходимостью оценки влияния степени поражения мозгового вещества, интоксикации,

связанной с воздействием продуктов распада опухоли или вводимых в организм наркотических средств на характер психических нарушений. Нередко проводится посмертная экспертиза с участием врача-эндокринолога или терапевта лицам, при жизни страдавшим сахарным диабетом и другими соматическими заболеваниями, сопровождавшимися симптоматическими психозами или депрессивными реакциями. В этих случаях в компетенцию соответствующих специалистов входит оценка тяжести и типа течения соматического заболевания для последующего их соотнесения с имевшейся психопатологией. Между тем в подобных случаях экспертизы являются комплексными лишь по форме, а не по содержанию, поскольку в компетенцию данных специалистов входит лишь получение промежуточных данных, не имеющих непосредственного отношения к экспертным выводам.

Проблематичен и вопрос о взаимодействии психиатра и нарколога, поскольку психиатрические познания включают и наркологическую тематику, что явствует из Международной классификации болезней (МКБ-10), куда включены психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F1). Изменения, внесенные в УК Федеральным законом от 08.12.2003 № 162-ФЗ, исключившим из ч. 2 ст. 99 упоминание о принудительном лечении от алкоголизма и наркомании лиц, совершивших правонарушение в состоянии вменяемости, вывели данную проблему из числа вопросов, относящихся к судебной экспертизе. В соответствии с ч. 3 ст. 18 УИК «обязательное» лечение в этих случаях применяется «по решению медицинской комиссии» (а не суда) в местах лишения свободы, тем самым исключен и основной юридически значимый вопрос (п. «г»

ч. 1 ст. 97 УК), определявший потребность в наркологической компетенции в рамках комплексных экспертиз. Наиболее распространенными и научно разработанными на сегодняшний день являются два вида комплексных экспертиз: психолого-психиатрическая и сексологопсихиатрическая.

Комплексные психолого-психиатрические экспертизы.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) является примером объединения смежных областей знаний — психиатрии и медицинской психологии.

Психиатрия и медицинская психология изучают один и тот же объект с помощью дополняющих друг друга методов исследования, позволяющих всесторонне изучать феномены и механизмы психических расстройств и описывать их в форме, доступной взаимной критической оценке судебными психиатрами и судебными психологами. Приказ Минздрава России от 19.05.2000 № 165 «О медицинском психологе в судебно-психиатрической экспертизе» устанавливает требования к судебным психологам, которым

может считаться специалист, занимающий должность медицинского (клинического) психолога и прошедший тематическое усовершенствование по судебной психологии.

КСППЭ может быть определена как одна из разновидностей межродовых комплексных экспертиз, основанная на совместном рассмотрении и интегративной оценке результатов применения специальных знаний эксперта-психолога и эксперта-психиатра с целью полного и всестороннего общего (единого) ответа на вопросы, составляющие предмет комплексного исследования и входящие в сферу совместной (совокупной) компетенции экспертов [Кудрявцев, 2004].

Спецификой предмета КСППЭ является установление особенностей регуляции (саморегуляции) психической деятельности и (или) поведения субъекта и характера его психического функционирования (отдельных психических свойств, состояний, процессов), имеющих юридически значимый характер.

Специфика субъективного отражения окружающей действительности и преломление ее в мотивационных побуждениях индивида зависит от его социального опыта, усвоения им определенных ценностей, образцов поведения, принятых в данной культуре. Поскольку оценке подлежит поведение, то необходимым его элементом является прогноз — способность предвидеть возможные последствия своих действий. Такая оценка осуществляется на нескольких уровнях, которые в целом соответствуют уровням критичности [Кудрявцев, 2004].

Оценка конкретной ситуации на основе операционных, целевых и смысловых психических процессов ведет к принятию решений, выбору целей и средств их достижения. В свою очередь, реализация этих целей в форме поведенческого акта зависит от способности субъекта к произвольной регуляции своего поведения. Основное значение в этом аспекте имеет способность субъекта к контролированию и коррекции своих действий.

Уровень развития и особенности функционирования указанных звеньев психической регуляции связаны со степенью зрелости и сохранности лежащих в их основе личностных структур, обеспечивающих адекватное целеполагание и эффективное достижение поставленных задач.

Предмет психологического исследования, определяемый экспертным заданием, обусловливает выбор психодиагностических методик. Универсального набора методов не существует, поскольку они подбираются в зависимости от конкретных экспертных задач, процессуального и половозрастного статуса подэкспертного, вида экспертизы и условий ее проведения. Однако выделяется минимальный набор экспериментальных

методов, охватывающих основные сферы психической деятельности [Протокол ведения больных. Судебно-психиатрическая экспертиза, 2010]:

- а) исследование умственной работоспособности и внимания: отсчитывание, таблицы Шульте (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона и др. — не менее одной методики;
- б) исследование памяти: узнавание предметов, запоминание 10 слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов и др. — не менее двух методик;
- в) исследование ассоциативной сферы: ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации, пиктограмма и др. — не менее одной методики;
- г) исследование мыслительной деятельности: исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий; признаки понятий; простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор; последовательные картинки, сюжетные картины, проба Эббингауза, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям и др. — не менее трех методик, которые должны охарактеризовать операциональную, логическую, смысловую сферы мышления и включать как наглядный, так и вербальный материал;
- д) исследование индивидуально-психологических особенностей: различные самооценочные шкалы (по Дембо-Рубинштейн; самочувствие — активность — настроение (САН); подростковый диагностический опросник (ПДО) и др.), проективные тесты (тематический апперцептивный тест — ТАТ, тест Роршаха, тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.), личностные опросники (ММРІ — Миннесотский мультифакторный личностный опросник, тест Кеттела и др.) — не менее одной методики.

При определении уровня психического развития подэкспертных с интеллектуальной недостаточностью, а также малолетних и несовершеннолетних к этому перечню добавляются методы, направленные на исследование организации интеллектуальной деятельности, конструктивного праксиса, обучаемости, а также исследование общего уровня развития познавательной деятельности.

На современном этапе развития комплексных исследований к *основным предметным видам КСППЭ* относятся следующие.

1. *Установление индивидуально-психологических особенностей обвиняемого*(*подозреваемого*) *и их влияния на его поведение во время совершения инкриминируемых ему деяний.* Индивидуально-психологические особенности — собирательное понятие, включающее общепсихологические

категории: система ценностей личности, ее направленность, социальные установки, особенности мотивационной, волевой, эмоциональной сфер, личностные черты, характер, темперамент, уровень психического развития, когнитивные особенности, стереотипы поведения и эмоционального реагирования и т.п.

Вопросы к экспертам могут звучать следующим образом:

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

Судебно-психологическая оценка индивидуально-психологических особенностей обвиняемых напрямую не соотносится с юридическими критериями, содержащимися в тексте уголовного законодательства. Однако оценка индивидуально-психологических особенностей обвиняемого помогает более полно раскрыть причины, способствовавшие совершению преступления, может выступать в качестве предпосылок установления обстоятельств (в первую очередь смягчающих), влияющих на степень и характер ответственности (ч. 2 ст. 61 УК), а также способствовать правильному решению вопроса о назначении вида наказания (ч. 3 ст. 60 Кодекса).

К свойствам личности, способствующим или препятствующим юридически значимому поведению, относятся ее нравственно-ценностные качества, позволяющие судить о закономерности или случайности содеянного, а также личностные свойства, влияющие на способность к произвольной регуляции поведения. К таковым относятся внушаемость, подчиняемость, зависимость, агрессивность, а также возбудимость-уравновешенность, истощаемость-выносливость, устойчивость-неустойчивость настроения, спокойствие-тревожность и др. [Ситковская, 1998].

Назначение КСППЭ целесообразно в тех случаях, когда лицо, не имевшее до того асоциальных установок, совершает тяжкое правонарушение, и совершенное им деяние расходится с привычными стереотипами поведения. Психологическое исследование также целесообразно, когда наличие психического расстройства, его тяжесть не очевидны при назначении экспертизы. Поэтому если психическое расстройство не будет обнаружено, на первый план могут выступать психологические механизмы регуляции поведения.

Постановка вопроса об индивидуально-психологических особенностях обвиняемого рассматривается не как поиск смягчающих вину обстоятельств, а как возможность получить информацию о личности и ее проявлениях в юридически значимой ситуации. При наличии в материалах дела данных о признаках дезорганизации поведения, реакциях растерянности, повышенной

зависимости от других лиц или о наличии внешнего давления на подэкспертного уместна постановка дополнительного вопроса о повышенной внушаемости. В практике КСППЭ чаще всего встречаются вопросы о наличии у подэкспертного таких личностных черт, как повышенная внушаемость, агрессивность, жестокость, зависимость, подчиняемость, лидерство, склонность к фантазированию, вымыслам.

В экспертных выводах должна быть обязательно отмечена степень ограничения произвольной регуляции поведения в юридически значимой ситуации, поскольку без подобного указания ответ будет малоинформативен.

Именно поэтому формулировка о существенном влиянии личностных особенностей может отождествляться с ограничением способности обвиняемого в полной мере осознавать значение своих действий и руководить ими [Сафуанов, 2003]. Таким образом, вопрос о степени влияния индивидуально-психологических особенностей на правовое поведение сближается с аналогом «ограниченной вменяемости»

- (ст. 22 УК). Основанием для назначения КСППЭ такого рода служат данные о наличии у обвиняемого психического расстройства пограничного уровня, относящегося к медицинскому критерию ст. 22 УК. Участие психолога в решении этой экспертной задачи определяется адекватностью и особой эффективностью применения психологических знаний и методов для оценки качества регуляции поведения, имеющего правовое значение. При этом следует иметь в виду, что именно КСППЭ позволяет наиболее эффективно учесть взаимодействие и совокупное влияние на поведение психопатологического, эмоционального, возрастного и личностного факторов в их соотношении с требованиями актуальной юридически значимой ситуации. Поведенческие эффекты регуляции (саморегуляции), имеющие правовое значение, всегда носят целостный характер. Установление сниженного уровня саморегуляции с ограничением волевого контроля поведения в юридически значимой ситуации вследствие имеющейся психической аномалии обязательно учитывается при решении вопроса об «ограниченной вменяемости».
- 2. *Определение вида и глубины эмоциональных реакций* (*аффекта*) *у обвиняемого во время совершения инкриминируемых ему деяний.*Необходимость в КСППЭ эмоциональных состояний возникает, когда у следователя и суда появляется предположение, что аффективное напряжение могло ограничить способность субъекта в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в момент совершения правонарушения. Основанием для подобного предположения могут быть данные о наличии у обвиняемого психических отклонений, а также обстоятельства самого правонарушения, например необычное

поведение обвиняемого в момент его совершения, множественные повреждения у потерпевшего, наличие длительного предшествующего конфликта с ним, внезапность деяния, сопровождавшегося выраженным психомоторным возбуждением у обвиняемого. Сам обвиняемый может указывать на нарушение осмысления ситуации в момент правонарушения, невозможность в это время контролировать себя, запамятование отдельных эпизодов содеянного и др.

Предметом данного вида КСППЭ является весь спектр эмоциональных состояний, а не только физиологический аффект, констатация которого экспертом-психологом имеет юридическое значение и может быть основанием для квалификации судом правонарушения в соответствии с привилегированным составом преступления (ст. 107 УК). Вместе с тем установление аффективного состояния значительной глубины, хотя и не достигающего степени физиологического аффекта, также может иметь правовое значение, поскольку ч. 2 ст. 61 УК позволяет учитывать такие эмоциональные реакции. Поэтому при достаточной их глубине, хотя и по общим основаниям, они могут служить психологической предпосылкой ограничения ответственности.

При назначении КСППЭ эмоциональных состояний следует правильно формулировать вопрос эксперту, не подменяя психологических понятий (аффект, эмоциональное состояние, эмоциональная реакция) правовым («сильное душевное волнение»).

3. *Установление у несовершеннолетнего обвиняемого, достигшего возраста уголовной ответственности, отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством.* Основанием для назначения КСППЭ в подобных случаях являются признаки замедленного психического развития несовершеннолетнего, проявляющиеся в недостаточном осмыслении противоправности своего поведения, его неадекватной нравственной оценке, легкомысленности поступков, недостаточной способности предвидеть их последствия для себя и окружающих, облегченности суждений. Эти индивидуальные особенности проявляются при объективно сложной ситуации в момент правонарушения, при состояниях длительной эмоциональной напряженности. Как отмечал М. М. Коченов (1980), недостаточное осознание (оценка) своих действий и особенно слабость волевого самоконтроля у несовершеннолетнего отчетливо проявляются в объективно сложной ситуации и связаны с дефицитом жизненного опыта, недостаточностью личностных ресурсов, дезорганизацией поведения при затруднениях и неудачах. В качестве фактора, ограничивающего возможность произвольной регуляции своего поведения у подростков, необходимо учитывать также влияние референтной группы.

Часть 3 ст. 20 УК, определяющая предмет экспертизы несовершеннолетних, не предусматривает установления так называемого психологического возраста. Диагностика возрастного периода психического развития — лишь вспомогательное средство для определения способности лица в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими в конкретной ситуации. Поэтому вопрос должен быть сформулирован в соответствии с конечной, а не промежуточной целью КСППЭ. Более подробно вопросы, связанные с применением ч. 3 ст. 20 УК, будут рассмотрены в гл. 7.

4. *Установление способности свидетеля или потерпевшего правильно воспринимать имеющие значение для дела обстоятельства и давать о них показания.* Необходимость в КСППЭ может быть обусловлена не только наличием у свидетеля или потерпевшего психического расстройства, ограничивающего его юридически значимые способности, но и потребностью в оценке его личностных качеств. Сомнения в способности свидетеля или потерпевшего правильно воспринимать и воспроизводить информацию могут быть связаны помимо психической патологии с малолетним или старческим возрастом, особенностями его восприятия, мышления, памяти, речи, связанными с дефектами органов чувств, низким уровнем умственного развития, своеобразием личностных черт (повышенной внушаемостью, склонностью к фантазированию и др.), высоким эмоциональным напряжением в период юридически значимых событий, состоянием алкогольного или наркотического опьянения. Таким образом, значение имеют как

ю внешние, так и внутренние факторы, влияющие на восприятие, запоминание и воспроизведение юридически значимых обстоятельств.

5. *Установление способности потерпевшего понимать характер и значение совершаемых с ним действий или оказывать сопротивление обвиняемому.*Наиболее часто данный вид КСППЭ назначается в отношении малолетних и несовершеннолетних потерпевших по делам о половых преступлениях.

Основанием для назначения КСППЭ помимо данных о психической патологии могут являться сведения о пассивном поведении потерпевшей (потерпевшего) в период совершения преступления, неадекватное (равнодушное, легкомысленное и др.) отношение к случившемуся, заявление о применении обвиняемым психологического давления, о необычном психическом состоянии потерпевшего в юридически значимый период, его личностных особенностях, лишавших возможности оказывать сопротивление, и др.

К особенностям психического состояния потерпевшей (потерпевшего) в период посягательства на половую неприкосновенность помимо психопатологических и возрастных характеристик относятся эмоциональные состояния, прежде всего аффект страха, сковывающий волю и способность к сопротивлению. Отдельные элементы ситуации потерпевшие могут оценивать по-разному в зависимости от осведомленности в вопросах сексуальной жизни, опыта взаимоотношений с лицами противоположного пола, степени замаскированности истинного смысла намерений и поведения обвиняемого и др.

6. *Установление психического состояния лица, покончившего жизнь самоубийством; определение возможных причин развития этого состояния и связанной с ним предрасположенности к самоубийству.* Основанием для назначения КСППЭ являются данные о внешней немотивированное™ суицидального поступка либо наличии психосоциальных стрессов, конфликтов, резких изменениях в поведении суицидента, проявлениях у него до содеянного замкнутости, растерянности, эмоциональной подавленности, аффектов тоски, отчаяния, и т.д.

Когда причиной самоубийства является психическое расстройство, это область компетенции психиатров. Эксперты-психологи определяют и оценивают кризисные личностные состояния, одной из причин которых могут быть и психические расстройства (например, депрессии), переживаемые как необратимый жизненный крах.

Поэтому значимость для СПЭ приобретает тщательность анализа собранных в материалах дела сведений о личности, психологических качествах и состоянии суицидента. Выводы экспертизы о психическом состоянии суицидента и возможной причине самоубийства, сделанные психологами и психиатрами, могут иметь значительную вспомогательную ценность для следствия и суда.

Вопросы экспертам, в частности в отношении лица (в том числе потерпевшего), совершившего суицид, могут быть сформулированы следующим образом.

В каком психическом состоянии находился подэкспертный в период, предшествовавший самоубийству? Имело ли это состояние характер, предрасполагавший к самоубийству?

Существует ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого (указать какими) и возникновением и развитием психического состояния подэкспертного в период, предшествовавший самоубийству?

Ответы на данные вопросы имеют значение для квалификации по ст. 110 («Доведение до самоубийства») или применения п. «б»

ч. 1 ст. 63 УК (согласно которому самоубийство потерпевшего признается «наступлением тяжких последствий в результате совершения преступления», т.е. отягчающим вину обстоятельством). В подобных случаях на основании заключения КСППЭ суд имеет возможность установить причинно-следственные связи между действиями виновного и фактом самоубийства потерпевшего лица. Учитывая, что психическое состояние потерпевшего может носить психопатологический (болезненный) характер либо не достигать такового, ответы на данные вопросы входят в совокупную компетенцию экспертов — психолога и психиатра.

7. *Установление психического состояния лица, совершившего сделку.* В гражданском процессе наиболее полным экспертным исследованием способности к пониманию значения своих действий и руководству ими является комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. Назначение данного вида экспертизы оправдано независимо от того, были у подэкспертного в юридически значимый период психические расстройства или нет.

Весьма важна оценка *психологических* факторов, которые отражают субъективное отношение подэкспертных к совершаемому юридическому акту. Любое решение должно быть мотивировано, при этом мотивация может определяться внутренним убеждением лица или формироваться под влиянием внешних факторов. Необходимо учитывать влияние окружения и зависимость пожилых людей от других лиц, что создает им трудности при распоряжении своим имуществом. В этих случаях для оценки психических особенностей данных лиц, в том числе уточнения степени *внушаемости,* целесообразно проведение КСППЭ. Нарушение способности понимать значение своих действий и руководить ими в момент заключения сделки может возникать не только в связи с психическим расстройством, но и по другим (неболезненным) основаниям. Согласно ст. 177 ГК сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в *таком состоянии,* когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной.

Особый характер экспертной оценки задается отсутствием в ст. 177 ГК конкретной формулировки медицинского критерия. Используемое немедицинское понятие «такое состояние» может расцениваться не только как психическое расстройство, но и как то или иное состояние, сопровождающееся нарушением волевых функций с утратой способностей к адекватной регуляции своего поведения, анализу имеющейся юридически значимой ситуации и прогнозу юридических последствий совершаемой сделки. Поэтому экспертной оценке «состояния» подэкспертного в соответствии со ст. 177 ГК подлежат клинические, психологические,

соматогенные, психогенные и социальные факторы, оказавшие влияние на поведение лица в период совершения юридически значимого акта.

Для определения адекватности волеизъявления необходимо установить психологические особенности личности, эмоциональное состояние лица в юридически значимый период, влияние ситуационных факторов на принятие решения.

Доказательственное значение судебно-психологической экспертизы по данной категории гражданских дел «предопределяется двумя моментами: наличием психологических элементов в подлежащей применению норме материального права и возможностями самой экспертизы в установлении таких обстоятельств, которые способны подтвердить наличие юридических фактов, имеющих психологическое содержание» [Сахнова, 2000]. Поэтому КСППЭ и является оптимальным видом экспертного исследования для решения всех этих вопросов.

В цивилистике традиционно выделяют сделки с так называемым пороком воли, к числу которых относится и состав, определяемый ст. 177 ГК. Порок воли характеризует субъективную сторону сделки и выражается в искажении ее элементов, в данном случае — способности понимать значение своих действий или руководить ими, охватывая интеллектуальный (способность понимать) и волевой (способность руководить своими действиями) компоненты сделки. Таким образом, предметом экспертного исследования является *оценка психического состояния* лица на момент совершения имущественной сделки. Поэтому для выявления психологического критерия признания сделки недействительной суд может обратиться к одному из следующих видов экспертиз: психологическая, психиатрическая, психолого-психиатрическая [Сахнова, 1997].

Порок воли при заключении сделки может также выражаться в *заблуждении.*Согласно ст. 178 ГК суд может признать сделку недействительной, если она была совершена под влиянием заблуждения, имеющего существенное значение. Главное в заблуждении как пороке воли заключается в том, что воля заблуждавшейся стороны формируется не свободно, а под влиянием не соответствующих действительности представлений.

Поводом для признания сделки недействительной является также установление факта *обмана, насилия, угрозы или стечения тяжелых обстоятельств* (ст. 179 ГК). В данном случае требуется оценка состояния субъекта, которое препятствовало осознанию и восприятию сделки во всей ее полноте. С психологической стороны порок воли при сделке,

юз совершенной под влиянием стечения тяжелых обстоятельств, заключается в деформации интеллектуального компонента: решение принимается не

свободно, юридическая цель поведения выбирается не в соответствии с действительными потребностями и интересами личности. Задачей психолого-психиатрической экспертизы в этих случаях выступает не определение тяжести обстоятельств, а оценка степени выраженности эмоционального состояния, возникшего под влиянием психотравмирующих воздействий. Экспертное понятие «повышенная эмоциональная (психическая) напряженность, вызванная тяжелыми обстоятельствами» означает, что заключивший сделку субъект находился в состоянии стресса, фрустрации. Следует отметить, что в таких ситуациях эмоциональное напряжение, возникшее в тяжелых обстоятельствах, может вызвать не только психическую напряженность, но и психическое расстройство.

Разумеется, факт заблуждения, обмана либо стечения тяжелых обстоятельств как основания для признания сделки недействительной вправе установить только суд. Однако установление психологических факторов, которые помогут суду более точно определить степень осознанности субъектом своих действий и их последствий, находится в компетенции эксперта-психолога.

Таким образом, во всех перечисленных выше случаях (ст. 177— 179 ГК) экспертизы по оценке не только клинических, но и психологических факторов приобретают особую важность. Среди поводов для назначения судом КСППЭ по гражданским делам могут быть объективная информация об определенном эмоциональном состоянии, связанном со стрессом, данные о характерологических особенностях личности (повышенная внушаемость) и т.д. Для определения полноценности волеизъявления необходимо выявить воздействие ситуации и «состояния» на принятие решения в конкретных условиях.

Перечень задач, которые разрешает КСППЭ, носит открытый характер, она может быть назначена и по поводу других обстоятельств, имеющих значение для уголовного или гражданского дела, установление которых требует специальных познаний в области психологии и психиатрии.

Комплексные сексолого-психиатрические экспертизы.

Комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза связана с углубленными профессиональными познаниями, производными от психиатрических. Необходимо пояснить, что если медицинская психология — это не медицинская специальность и она лишь применяет свой исследовательский инструментарий и понятийный аппарат к психическим процессам, в том числе болезненно искаженным (т.е. тот же объект применения специальных познаний, что и у психиатров, поэтому можно сказать, что это смежные специальности с взаимопонятной системой координат), то сексология — это специальность (субспециальность), требующая углубленной подготовки внутри базовой специальности — психиатрии, и врач-сексолог — это врач-

психиатр, прошедший профессиональную подготовку по программам дополнительного профессионального образования (так же как и судебно-психиатрический психиатр-эксперт).

В круг психосексуальных расстройств входят нарушения, охватывающие патологические состояния полового самосознания, половой роли, психосексуальной ориентации и партнерских отношений. Сексология является составной частью психиатрии, о чем свидетельствует размещение основных форм сексуальных расстройств в классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). В гл. V МКБ-10 включены «Расстройства половой идентификации» (F64), «Расстройства сексуального предпочтения» (F65), «Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией» (F66) и «Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием» (F52).

Однако круг состояний, связанных с нарушением сексуальности, не исчерпывается данной клинической дисциплиной. Предметная область клинической сексологии расширяется за счет нейрогумораль- ного, эрекционного и эякуляторного дефектов, диагностические критерии которых содержатся в главах, посвященных болезням эндокринной системы (гл. IV), болезням мочеполовой системы, которые отражают преимущественно органические нарушения мужских половых органов (гл. XIV), врожденным аномалиям (порокам развития), деформации и хромосомным нарушениям (гл. XVII), болезням нервной системы и новообразованиям, включая преимущественно воспалительные и неопластические заболевания предстательной железы и т.д. (гл. II и VI).

Сексология оперирует и понятиями, которые не отражены МКБ-10. Так, она использует понятие сексуального дизонтогенеза как особой сферы характерных аномальных состояний, допускающих диагностику спектра вариантов отклонений в развитии. Поэтому сексология образует особую область познаний, имеющую относительно автономный характер по сравнению с психосексуальными расстройствами, которые могут быть отнесены к перечню психических расстройств. Поэтому исследование таких состояний с помощью методологических подходов, выработанных в сексологии, расширяет возможности экспертного анализа, поскольку направлено на изучение дефектов развития, которые сказываются в сфере самосознания, непосредственно влияющей на механизмы регуляции поведения.

Клиническая сексология — наука, изучающая различные аспекты нарушений сексуального здоровья, их диагностики, лечения, профилактики. Она включает в себя два раздела: общая и частная сексопатология. *Общая сексопатология* изучает эпидемиологию нарушений и девиаций сексуального

здоровья, факторы риска, причины и условия возникновения, клинические проявления и лечение этих расстройств. Предметом изучения *частной сексопатологии* являются конкретные формы сексуальных нарушений, их этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

В России сексология является *самостоятельной клинической дисциплиной,* что закреплено приказом Минздрава СССР от 10.05.1988 № 370 «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению». Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009 г. № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» базовой для сексологии является психиатрия.

По аналогии с сексологией судебную сексологию можно определить как *междисциплинарную область знаний, охватывающую биологические и социологические аспекты полового диморфизма в его взаимосвязи с юридически значимыми проявлениями жизнедеятельности человека* [Ткаченко, Введенский, Дворянчиков, 2001].

Предметом исследования судебного эксперта-сексолога являются закономерности и особенности формирования полоролевых функций и осуществления сексуальной активности, имеющие юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия.

Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза (КССПЭ) — это экспертиза, объединяющая специальные познания эксперта-сексолога и эксперта-психиатра для совместного исследования психосексуальных особенностей подэкспертного в целях получения общего ответа на вопросы, входящие в их совместную компетенцию.

В рамках КССПЭ наряду с клинико-психопатологическим используется сексологический метод исследования, который включает оценку своевременности и соответствие половой принадлежности сексуального развития как в психической, так и в соматической сферах. В качестве эталонных принято рассматривать сроки, которые укладываются в пределы, соответствующие векторной шкале половой конституции [Васильченко, 1990]. При этом используется целый комплекс признаков, характеризующих сексуальное развитие в допубертатном, пубертатном, постпубертатном и половозрелом возрасте.

В сексологическое обследование входит психологическая часть, где исследуются особенности межличностного взаимодействия, коммуникативных навыков, способностей к эмоциональному восприятию и партнерским отношениям, а также личностные характеристики, отражающие психосексуальную сферу, — половое самосознание, представления о

полоролевых стереотипах и отношение к ним, сфера личностных смыслов, установок и отношений, связанных с направленностью сексуального влечения, и др.

Психофизиологический способ определения направленности полового влечения состоит в регистрации изменения физиологических параметров в ответ на предъявление эротических стимулов. Современное программное обеспечение позволяет учитывать индивидуальность реакций и рассчитывать параметры реакций на различные типы вопросов [Протокол ведения больных. Судебно-психиатрическая экспертиза, 2010; Введенский, Каменсков, 2006].

Комплексные сексолого-психиатрические экспертизы оправданы при ряде юридических ситуаций как в уголовном, так и в гражданском процессе.

В уголовном процессе эти вопросы связаны со следующими ставящимися перед КССПЭ задачами.

1. *Установление у обвиняемого индивидуальных особенностей направленности сексуального влечения, способов его реализации, выяснение их влияния на поведение в момент правонарушения, определение степени опасности личности и выбор адекватных мер медицинского характера.* Вопросы в соответствии с данной задачей могут быть сформулированы следующим образом.

Имеются ли у подэкспертного признаки каких-либо аномалий сексуальности, которые оказали бы влияние на его поведение в юридически значимой ситуации? Если таковые имеются, то в какой степени их влияние на поведение было выражено, носят ли они болезненный, патологический характер и лишали ли они подэкспертного возможности осознавать фактический характер и значение своих действий либо руководить ими во время совершения инкриминируемого ему деяния?

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

Обычно необходимость в решении указанных вопросов возникает при повторных сексуальных правонарушениях, когда выдвигается версия о наличии у обвиняемого расстройства сексуального влечения.

Существенно расширил правовое значение КССПЭ вступивший в силу со 2 марта 2012 г. Федеральный закон от 29.02.2012 № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в

отношении несовершеннолетних». Данный Закон внес изменения в три действующих российских кодекса — УК, УПК и УИК. Основное нововведение Закона — появление в указанных кодексах субъекта, наделенного признаками, установление которых влечет за собой специфические правовые последствия, отсутствовавшие ранее в российском законодательстве. Таким субъектом является лицо: старше 18 лет; страдающее расстройством сексуального предпочтения в форме педофилии, не исключающем вменяемости; совершившее сексуальное преступление (ст. 131—135, 240, 241.1 и 241.2 УК) в отношении потерпевшего, не достигшего 14 лет.

Расстройство сексуального предпочтения в форме педофилии подлежит установлению экспертным путем. В связи с этим ст. 196 УПК («Обязательное назначение судебной экспертизы») дополнена п. 3.1, содержащим новое законодательное положение: «Назначение и производство судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить: ...3.1) психическое состояние подозреваемого, обвиняемого в совершении в возрасте старше восемнадцати лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего возраста четырнадцати лет, для решения вопроса о наличии или об отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения (педофилии)».

С наличием у подобного субъекта не исключающей вменяемости педофилии закон связывает правовые последствия в виде применения специфической принудительной меры медицинского характера. Она предусмотрена п. «д» ч. 1 ст. 97 УК, а также п. «а» ч. 1 ст. 99 УК. Этот новый вид принудительных мер медицинского характера получил название, уже имеющееся в УК: «амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра».

Принудительное лечение лиц, указанных в п. «д» ч. 1 ст. 97 УК, может применяться как в соединении с наказанием, так и после отбытия наказания (более подробно эти вопросы изложены в гл. 8 и 9 учебника).

Диагностика педофилии как одного из вариантов парафилий подчиняется общим диагностическим критериям расстройств сексуального предпочтения[1], к которым относится следующий набор диагностических признаков.

G 1. Индивидууму свойственны периодически возникающие сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки.

G 2. Индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями, или испытывает из-за них значительный дистресс.

G 3. Это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

При выявлении указанных диагностических критериев МКБ-10 эксперты-психиатры правомочны формулировать диагноз педофилии и самостоятельно, и в рамках однородной судебно-психиатрической экспертизы. Однако при диагностике педофилии могут наблюдаться трудности, требующие расширения объема исследования за счет специфических сексологических методов, поэтому судебные экспертные исследования по данной категории дел наиболее целесообразно проводить в рамках КССПЭ [Ткаченко, Шишков, 2012].

2. *Установление способности к полноценной сексуальной активности обвиняемых или иных участников юридического процесса.* До недавнего времени эта задача рассматривалась как принадлежащая сугубо к компетенции судебно-медицинской экспертизы в рамках оценки биологических показателей сексуальности. Однако судебно-сексологическая экспертиза способна разрешить данную задачу, расширив пределы компетенции как на психическую, так и на биологическую составляющую. Данная задача может быть конкретизирована следующим вопросом.

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

3. *Установление у лиц, участвующих в судебном процессе, признаков инверсии половой идентичности, определение в случае ее наличия степени влияния на поведение в юридически значимых обстоятельствах.* Проблема экспертной оценки половой принадлежности выделяется теперь судебными медиками особо, с указанием на необходимую сексо- логическую компетенцию. Необходимость анализа субъективной стороны патологии определяет решение данной задачи в рамках КССПЭ, предметом которой становятся установление у лиц признаков нарушений психического пола и определение в случае их наличия степени влияния на поведение в юридически значимых обстоятельствах. Отнесение данной задачи к совместной компетенции исходит из своеобразия диагностики транссексуальных состояний, изначально подразумевающего комплексное обследование. Один из правильных вариантов такого вопроса следующий.

Имеются ли у подэкспертного физические и психические особенности, которые могли бы явиться основанием для смены его паспортного пола? Если да, то имели ли данные особенности подэкспертного влияние на его поведение в такой-то ситуации?

Констатация транссексуализма сама по себе свидетельствует о глубокой деформации развития самосознания личности, ее потребностно-мотивационных структур. Часто к тому же он сопровождается своеобразным комплексом психопатологических образований, что может влиять на

способности к адекватному отражению окружающего и способности регуляции своего поведения.

4. *Экспертная оценка потерпевших от сексуальных преступлений.* Психиатрическая и сексологическая оценка при сексуальных действиях насильственного характера включает в себя установление беспомощного состояния потерпевшей (потерпевшего), способности давать показания и определение степени тяжести повреждений.

Клинико-психопатологическое обследование в некоторых случаях может оказаться недостаточным, поскольку этап и характер психосексуального развития в значительной степени определяют поведение потерпевших в криминальной ситуации, восприятие происходящих с ними событий, а также последующие процессуальные способности.

Вопросы, в соответствии с данными задачами, могут быть сформулированы следующим образом.

Могла ли потерпевшая (*потерпевший*) *по уровню своего психосексуального развития или в силу каких-либо аномалий сексуальности в момент правонарушения правильно понимать характер и значение действий преступника или оказывать сопротивление с учетом обстоятельств конкретной ситуации?*

Может ли потерпевшая (*потерпевший*) *по уровню своего психосексуального развития или в силу возможных аномалий сексуальности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания?*

Какие непосредственные и отдаленные последствия имело для потерпевшей(*потерпевшего*) *совершение с ней* (с *ним*) *противоправных действий? Какова степень тяжести наступивших расстройств в психической и сексуальной сферах?*

- [1] Диагностические параметры приводятся с учетом параметров «Исследовательскихдиагностических критериев» МКБ-10.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Каков характер взаимодействия экспертов при проведении комплексного судебного экспертного исследования?
- 2. Назовите основные признаки комплексной экспертизы. Каким образом оформляются результаты комплексного исследования?
- 3. Определите предмет комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ).

- 4. Каковы задачи КСППЭ по установлению индивидуально-психологических особенностей обвиняемого (подозреваемого)?
- 5. Назовите специфику КСППЭ по определению вида (глубины) эмоциональных реакций (аффекта) у обвиняемого.
- 6. Определите особенности КСППЭ по установлению у несовершеннолетнего обвиняемого, достигшего возраста уголовной ответственности, отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством.
- 7. В чем заключается специфика КСППЭ по установлению способности свидетеля или потерпевшего правильно воспринимать имеющие значение для дела обстоятельства и давать о них показания?
- 8. Определите особенности КСППЭ по установлению способности потерпевшего понимать характер и значение совершаемых с ним действий или оказывать сопротивление обвиняемому.
- 9. Назовите специфику КСППЭ по установлению психического состояния лица, покончившего жизнь самоубийством; определите возможные причины развития этого состояния и связанной с ним предрасположенности к самоубийству.
- 10. В чем заключаются особенности КСППЭ по установлению психического состояния лица, совершившего сделку?

Литература

Васильченко Г. С. Сексопатология : справочник. М., 1990.

Введенский Г. Е., Каменсков М. Ю. Методологические проблемы психофизиологического исследования в сексологии и психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2006. № 3. С. 18—27.

Корухов Ю. Г., Ростов М. Н. Комплексные исследования в судебной экспертизе // Основы судебной экспертизы. М., 1997. С. 293—316.

Коченов М. М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. М., 1980.

Кудрявцев И. А. Комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М., 2004. С. 380—387.

Протокол ведения больных. Судебно-психиатрическая экспертиза // Нормативно-правовые документы по судебно-психиатрической экспертизе. М., 2010.

Сафуанов Ф. С. Психология криминальной агрессии. М., 2003.

Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза : учебник для вузов. 2-е изд., перераб. и доп., 2017.

Сахнова Т. В. Основы судебно-психологической экспертизы по гражданским делам : учеб, пособие. М., 1997.

Сахнова Т. В. Судебная экспертиза. М., 2000.

Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. М., 1998.

Ткаченко А. А., Введенский Г. Е. Модели заключений при сексолого-психиатрической экспертизе // Обоснование судебно-психиатрических заключений в свете современного уголовного законодательства. М., 2002. С. 33—35.

Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Дворянчиков Н. В. Судебная сексология. М., 2001.

Ткаченко А. А., Шишков С. Н. Судебно-психиатрическая экспертиза по определению расстройств сексуальных предпочтений в свете Федерального закона от 29.02.2012 N® 14-ФЗ : информационное письмо. М., 2012.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ И УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССАХ

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен:

знать

- • правовые и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе;
- • виды судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе;

уметь

- • определять основные задачи экспертных исследований в гражданском процессе;
- • устанавливать специфику каждого вида экспертизы в гражданском процессе;
- • выделять основные юридически значимые психические расстройства при экспертизах в гражданском процессе;

владеть

• навыками формулирования задач для их решения в рамках экспертиз в гражданском процессе и оценки экспертных заключений.

Правоспособность, дееспособность

Становление институтов гражданского общества, расширение индивидуальных прав и свобод повлекли рост правовой активности граждан, которые стали все чаще разрешать свои правоотношения в рамках судопроизводства, поэтому судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе приобретает все большее значение. Действующая законодательная база — ГК, ГПК, СК, Закон о психиатрической помощи — составляет основу для защиты прав и интересов участников гражданского процесса, в том числе и лиц с психическими расстройствами.

В качестве условия, при котором возможна правовая деятельность, в законодательстве определяется психическое состояние лица, позволяющее ему понимать значение своих действий и руководить ими. Именно этот вопрос и является предметом судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.

Правовой статус гражданина определяется категориями «правоспособность», «дееспособность», «недееспособность», «ограниченная дееспособность». Возможность возникновения способности гражданина иметь гражданские права и нести обязанности в законе определяется понятием правоспособности. Гражданский кодекс закрепляет равную для всех граждан правоспособность.

Статья 17 ГК. Правоспособность гражданина

- 1. Способность иметь гражданские права и нести обязанности (гражданская правоспособность) признается в равной мере за всеми гражданами.
- 2. Правоспособность гражданина возникает с момента его рождения и прекращается смертью. [1] [2]

своим заработком, стипендией и иными доходами (п. 1 ч. 2 ст. 26 ГК). Такой дееспособностью наделены несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет (ст. 26) и малолетние в возрасте до 14 лет (ст. 28 Кодекса) . Неполная (частичная) дееспособность характеризуется тем, что за гражданином признается право приобретать и осуществлять своими действиями не любые, а только некоторые права и обязанности, предусмотренные законом.

- 4. *Ограниченная дееспособность* заключается в уменьшении объема имевшейся у лица дееспособности. Ограничение дееспособности совершеннолетнего гражданина предусмотрено ст. 30 ГК для лиц:
  - а) страдающих психическими расстройствами;
  - б) имеющих пристрастие к азартным играм, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими средствами.

Статья 21 ГК. Дееспособность гражданина

- 1. Способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность) возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста.
- 2. В случае когда законом допускается вступление в брак до достижения восемнадцати лет, гражданин, не достигший восемнадцатилетнего возраста, приобретает дееспособность в полном объеме со времени вступления в брак.

Приобретенная в результате заключения брака дееспособность сохраняется в полном объеме и в случае расторжения брака до достижения восемнадцати лет. При признании брака недействительным суд может принять решение об утрате несовершеннолетним супругом полной дееспособности с момента, определяемого судом.

Таким образом, согласно закону, дееспособность возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, когда человек достигает психической зрелости и приобретает достаточный жизненный опыт, что определяет его способность правильно понимать и регулировать свои поступки. Дееспособность в отличие от правоспособности связана с психическими качествами гражданина, определенными в законодательстве: способностью понимать значение своих действий или руководить ими, т.е. разумно регулировать свое поведение и предвидеть последствия своих поступков. Эти качества зависят от возраста, а также от состояния психики. При болезненных нарушениях психики у человека, достигшего совершеннолетия, может быть нарушена способность понимать значение своих действий и регулировать свое поведение. Обладать дееспособностью — значит иметь способность лично совершать юридически значимые действия: заключать договора, совершать сделки *(сделкоспособность*), владеть, пользоваться и распоряжаться имуществом, заниматься предпринимательской и иной деятельностью, нести ответственность в рамках гражданских правоотношений и т.д.

- [1] В законе содержится примерный перечень прав, входящих в понятие правоспособности граждан: «Граждане могут иметь имущество направе собственности; наследовать и завещать имущество; заниматьсяпредпринимательской и любой иной не запрещенной законом деятельностью; создавать юридические лица самостоятельно или совместнос другими гражданами и юридическими лицами; совершать любые непротиворечащие закону сделки и участвовать в обязательствах; избирать место жительства; иметь права авторов произведений науки,литературы и искусства,

изобретений и иных охраняемых закономрезультатов интеллектуальной деятельности; иметь иные имущественные и личные неимущественные права» (ст. 18 ГК). Однако правоспособность является лишь предпосылкой правооблада-ния и ее содержание составляют не сами права, а юридическая возможность их иметь. Способом осуществления правоспособности являетсядееспособность. Таким образом, понятие правоспособности неразрывносвязано с понятием дееспособности. В соответствии с действующим законодательством можно выделитьчетыре категории дееспособности.

- [2] Под полной дееспособностью подразумевается способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять личные имущественные и иные права, принимать на себя и исполнять любыеобязанности, не запрещенные законодательством, т.е. реализовыватьв полном объеме принадлежащую ему правоспособность. Гражданинприобретает полную дееспособность по достижении совершеннолетия. 2. Признание гражданина недееспособным означает лишение лицаправа самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности. Защиту его прав и интересов осуществляет опекун. Гражданинамогут лишить дееспособности только по решению суда, на основаниизаключения судебно-психиатрической экспертизы. В то же время действующее законодательство позволяет гибко защищать права и интересы недееспособного лица. 3. Неполная, или частичная, дееспособность подразумевает, что несовершеннолетним предоставляется какая-то часть дееспособности.В возрасте от 14 до 18 лет несовершеннолетние вправе самостоятельно,без согласия родителей, усыновителей, попечителей, распоряжаться

Недееспособность

Граждане, страдающие психическими расстройствами, не всегда способны пользоваться предоставленными им правами без ущерба для интересов себя и своих близких. Поэтому действующее законодательство предусматривает несколько правовых механизмов, позволяющих гибко защищать права лиц с психическими расстройствами. Ниже рассматриваются законодательные механизмы и связанные с ними правовые понятия, позволяющие защищать права лиц с психическими расстройствами. Основания признания гражданина недееспособным закреплены в ст. 29 ГК РФ.

Статья 29 ГК. Признание гражданина недееспособным

- 1. Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном

гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека.

- 2. От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун, учитывая мнение такого гражданина, а при невозможности установления его мнения — с учетом информации о его предпочтениях, полученной от родителей такого гражданина, его прежних опекунов, иных лиц, оказывавших такому гражданину услуги и добросовестно исполнявших свои обязанности.

При развитии способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц суд признает такого гражданина ограниченно дееспособным в соответствии с п. 2 ст. 30 ГК. При восстановлении способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над гражданином опека, а в случае признания гражданина ограниченно дееспособным устанавливается попечительство.

В настоящее время в отечественном законодательстве предприняты дальнейшие шаги по обеспечению прав лиц с психическими расстройствами, напрямую соотносящиеся с международными правовыми актами. Так, принципы защиты лиц с психическими расстройствами и улучшения психиатрической помощи прямо указывают на недопустимость какой-либо дискриминации психически больных и предусматривают право лица, дееспособность которого является предметом судебного разбирательства, быть представленным адвокатом, а также обжаловать любое решение о недееспособности в вышестоящем суде (приняты 17 декабря 1991 г. резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 46/119). В рекомендации Комитета министров Совета Европы от 23.02.1999 R (99) 4 сформулированы общие и процедурные принципы правовой защиты недееспособных взрослых, которыми предлагается руководствоваться государствам — членам Совета Европы в соответствующем законодательном регулировании: принцип гибкости правового реагирования, предполагающий, помимо прочего, использование таких правовых инструментов, которые обеспечивали бы наиболее полный учет степени недееспособности лица в конкретной правовой ситуации для защиты его личных и имущественных интересов, а также принцип соблюдения права лица быть выслушанным лично в любом разбирательстве, которое может затрагивать его правоспособность. 27 февраля 2009 г. КС РФ было принято Постановление № 4-П «По делу о конституционности ряда положений статей 37, 52, 135, 222, 284, 286 и 379.1 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации и части 4 статьи 28 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании” в связи с жалобами граждан Ю. К. Гудковой, П. В. Штукатурова и М. А. Яшиной».

Как следует из данного Постановления, Конституция закрепляет право каждого на свободу и личную неприкосновенность. Это подразумевает, что предоставляемая лицам с психическими расстройствами судебная защита должна быть справедливой, полной и эффективной, включая обеспечение их права на квалифицированную юридическую помощь и право на изъявление собственного мнения в суде. Данные положения прямо корреспондируют положения актов международных организаций, в которых сформулированы принципы, признанные в современных демократических государства, с учетом которых должны выстраиваться процедурные механизмы при признании лиц недееспособными. Согласно Федеральному закону от 06.04.2011 № 67-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации» предусмотрено расширение прав лиц, признаваемых недееспособными, в том числе регламентируется личное участие гражданина в судебном заседании при проведении процесса о признании его недееспособным. В новой редакции ст. 284 ГПК «в случае, если личное участие гражданина в проводимом в помещении суда судебном заседании по делу о признании гражданина недееспособным создает опасность для его жизни или здоровья, либо для жизни или здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в том числе в помещении психиатрического стационара или психоневрологического учреждения, с участием самого гражданина». Согласно ч. 3 ст. 284 ГПК гражданин, признанный недееспособным, имеет право лично либо через выбранных им представителей обжаловать соответствующее решение суда в апелляционном порядке, подав заявление о его пересмотре в соответствии с правилами гл. 42 ГПК, а также обжаловать соответствующее решение суда в кассационном и надзорном порядке, если суд первой инстанции не предоставил этому гражданину возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей.

Содержащаяся в ч. 1 ст. 29 Кодекса формула недееспособности состоит из двух критериев — медицинского (психиатрического) и юридического (психологического), которые в своем единстве определяют недееспособность лица. Все многообразие психической патологии в медицинском критерии объединено одним термином «психическое расстройство». Для решения вопроса о недееспособности недостаточно лишь медицинского критерия, т.е. установления диагноза психического расстройства. Психическое расстройство обусловливает недееспособность лишь тогда, когда оно достигает определенной глубины (тяжести) и стойкости (носит хронический характер), влияя на психологические характеристики, определенные формулой юридического критерия. То есть если нарушаются интеллектуальное (способность понимать значение своих действий) и волевое (способность руководить ими) звенья регуляции поведения субъекта

на длительную перспективу, что препятствует его возможности самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности.

Предметом СПЭ по гражданским делам о признании гражданина недееспособным является оценка его психического состояния и способности понимать значение своих действий на момент проведения СПЭ и на будущее время, т.е. экспертной оценке подлежит потенциальная способность лица к осознанной произвольной регуляции своего поведения на будущее и категория недееспособности не может быть распространена на прошлое время.

С учетом изложенного выше, в соответствии с поправками, внесенными в законодательство, рекомендуется следующим образом сформулировать вопросы, ставящиеся на разрешение экспертов при проведении судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам о признании гражданина недееспособным.

- 1. *Страдает ли гражданин психическим расстройством*?
- 2. *Лишает ли гражданина психическое расстройство* (*если таковое имеется*) *способности понимать значение своих действий и руководить ими*?
- 3. *Создает ли присутствие гражданина в судебном заседании с учетом имеющихся у него психических расстройств опасность для его жизни или здоровья*?
- 4. *Создает ли присутствие гражданина в судебном заседании с учетом имеющихся у него психических расстройств опасность для жизни и здоровья окружающих*?

В качестве клинических состояний, определяющих неспособность присутствия и участия в проводимом в помещении суда судебном заседании можно выделить *критерии опасности для жизни или здоровья самого гражданина:*

- 1. Тяжелая умственная отсталость, осложненная соматоневрологическими расстройствами, ограничивающими мобильность пациента; отсутствие осмысленного речевого контакта и ориентировки в окружающем вследствие глубокого недоразвития когнитивных функций и патологии сенсорной системы. Склонность к аффективной дезорганизации поведения пациента в незнакомой обстановке, а также риск возникновения (учащения) эпилептических припадков.
- 2. Состояние деменции с сопутствующими тяжелыми соматическими и неврологическими патологиями, определяющими необходимость постельного режима и высокий риск соматических осложнений при транспортировке в судебное заседание.

- 3. Глубокие изменения личности при шизофрении с отсутствием речевого контакта, двигательной заторможенностью, пассивностью, отстраненностью от окружающих, выраженными явлениями негативизма в непривычных ситуациях.
- 4. Высокий риск ситуационных импульсивных аутоагрессивных действий.

Критериями опасности для окружающих можно считать склонность к брутальным аффективным реакциям в виде гнева, ярости, импульсивным агрессивным действиям деструктивного характера. Склонность к подобным формам поведения может отмечаться у лиц с умственной отсталостью, осложненной дисфорическими и психопатоподобными нарушениями, у больных шизофренией при наличии продуктивной бредовой симптоматики в виде идей преследования, воздействия, ущерба.

Решение суда, которым гражданин признается *недееспособным,* является основанием для назначения ему опекуна органом опеки и попечительства. Установление опеки регулируется ГК РФ и Федеральным законом от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве». Согласно ст. 31, 32, 35, 36 ГК РФ, опекуны являются законными представителями лиц, находящихся у них под опекой. Они могут совершать от имени подопечных и в их интересах все необходимые юридически значимые действия и гражданско-правовые сделки, которые мог бы совершать сам подопечный, если бы обладал дееспособностью. Как следует из ст. 20 Закона «Об опеке и попечительстве», недвижимое имущество, принадлежащее подопечному, не подлежит отчуждению, за исключением принудительного обращения взыскания по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом, в том числе при обращении взыскания на предмет залога; отчуждения по договорам ренты и мены, если такие договоры совершаются к выгоде подопечного; отчуждения жилого помещения, принадлежащего подопечному, при перемене места жительства подопечного: отчуждения недвижимого имущества в исключительных случаях (необходимость оплаты дорогостоящего лечения и др.), если этого требуют интересы подопечного. Опекуны обязаны заботиться о лицах, находящихся у них под опекой, обеспечивать регулярное врачебное наблюдение со стороны лечебных учреждений, осуществлять необходимый уход, защищать права и интересы своих подопечных. Среди норм ГК об опеке особое значение имеет ст. 34, согласно которой за действиями опекунов по распоряжению имуществом подопечных устанавливается контроль со стороны органов опеки и попечительства. В этой статье предусмотрены рамки такого контроля: без предварительного согласия органов опеки и попечительства опекуны не вправе совершать сделки, которые влекут за собой уменьшение имущества подопечного. Только с предварительного согласия данного органа могут расходоваться средства подопечного, что позволяет обеспечить защиту прав и интересов опекаемых.

Признание гражданина недееспособным сопряжено с существенным изменением его правового статуса. Гражданин не лишается правоспособности, но он лишается возможности лично осуществлять свои права и обязанности; эти функции за него выполняет опекун. Согласно ст. 127 СК недееспособный гражданин не может быть усыновителем, не может вступать в брак, недействительным считается брак, если он заключен с лицом, которое было признано судом недееспособным (ст. 14, 16 и 27 СК). Гражданин, признанный судом недееспособным, не имеет права избирать и быть избранным (ч. 3 ст. 32 Конституции РФ). Недееспособный гражданин не вправе участвовать в коммерческих организациях (ст. 76 ГК РФ), совершать сделки (ст. 171 ГК РФ), составлять завещания (ст. 1118 ГК РФ). Признание гражданина недееспособным влечет прекращение взятых им обязательств: договоров поручения (ст. 977 ГК РФ), комиссии (ст. 1002 ГК РФ), доверительного управления имуществом (ст. 1024 ГК РФ), простого товарищества (ст. 1050 ГК РФ). Принятие на учет недееспособных граждан в качестве нуждающихся в жилых помещениях осуществляется на основании заявлений, поданных их законными представителями (ст. 52 Жилищного кодекса РФ). Из приведенного перечня правовых ограничений видно, что признание лица, страдающего психическим расстройством, недееспособным затрагивает все сферы его социального функционирования. Сумма законодательных ограничений дает основания именовать недееспособность «гражданской смертью».

Федеральным законом от 06.04.2011 № 67-ФЗ права недееспособных граждан существенно расширены. С вступлением в действие указанного Закона психиатрическое освидетельствование, госпитализация в психиатрический стационар, помещение в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения осуществляются с согласия (личного заявления) лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным. С учетом всех законодательных изменений категория недееспособности теряет свою целостность и становится несколько размытой. Согласие, которое недееспособный гражданин должен дать на помещение в психиатрический стационар или в учреждение социального обеспечения, предполагает сохранную способность самостоятельно принимать решение с учетом ряда различных факторов. Как правило, гражданин с психическими расстройствами, которые определили признание его недееспособным, учесть все необходимые параметры не в состоянии. Данная правовая норма, требующая учитывать мнение недееспособного лица, с одной стороны, является дополнительной гарантией защиты его прав, а с другой — учитывает интересы частично сохранных больных. Необходимо отметить, что последние изменения процессуального законодательства, касающиеся признания гражданина недееспособным, носят весьма неоднозначный характер, в плане их толкования и реализации[1].

Статьей 22 ГК РФ установлено, что никто не может быть ограничен или лишен дееспособности иначе как судом в случаях и в порядке, установленных законом. В гл. 31 ГПК изложен порядок признания гражданина недееспособным. *Назначение СПЭ по данной категории гражданских дел является обязательным.* В ч. 1 ст. 281 ГПК определен круг лиц, которые вправе обратиться в суд с заявлением об ограничении гражданина в дееспособности. Данное право принадлежит близким родственникам (родители, дети, братья и сестры) независимо от совместного с ним проживания. Органы опеки и попечительства, медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь, также наделены правом возбуждения дела об ограничении или лишении дееспособности.

В соответствии с ч. 2 ст. 282 Кодекса в заявлении о признании гражданина недееспособным должны содержаться факты, подтверждающие наличие у гражданина психического расстройства. В виде доказательств могут фигурировать выписки из амбулаторных карт и историй болезни психиатрических учреждений, в которых гражданин проходил психиатрическое освидетельствование (либо, например, проходил ранее судебно-психиатрическую экспертизу в рамках уголовного судопроизводства) или находился на лечении. При решении вопроса о признании гражданина дееспособным проведение судебно-психиатрической экспертизы является обязательным.

Согласно ст. 283 ГПК («Назначение экспертизы для определения психического состояния гражданина») судья в порядке подготовки к судебному разбирательству дела о признании гражданина недееспособным при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает для определения его психического состояния судебнопсихиатрическую экспертизу. При явном уклонении гражданина, в отношении которого возбуждено дело, от прохождения экспертизы суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу.

Под «достаточными данными» о психическом расстройстве подразумевается любая информация, позволяющая предполагать наличие у гражданина психических нарушений. В частности, это могут быть выписки из медицинской документации психоневрологических учреждений, заявления граждан, в которых сообщается о неадекватном поведении гражданина, и т.п. Поэтому в порядке подготовки дела к судебному разбирательству судья должен направить запросы в соответствующие медицинские учреждения. Если гражданин ранее не обращался в психоневрологические учреждения и достаточные данные отсутствуют, то судья также в рамках досудебной подготовки может рекомендовать гражданину пройти добровольное психиатрическое освидетельствование в психоневрологическом диспансере

по месту жительства либо вынести решение о недобровольном освидетельствовании гражданина в соответствии с п. «б», «в» ч. 4 ст. 23 и ч. 2 ст. 24 Закона о психиатрической помощи с тем, чтобы подтвердить либо опровергнуть обстоятельства, изложенные родственниками гражданина в исковом заявлении и свидетельствующие о наличии у него психического расстройства. Необходимо отметить, что далеко не всегда дела о признании гражданина недееспособным возбуждаются судами обоснованно, о чем свидетельствует статистика экспертных решений по данной категории дел[2].

Как следует из ч. 3 ст. 29 ГК РФ, при восстановлении способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими суд признает его дееспособным. В этом случае в соответствии со ст. 286 ГПК РФ суд по заявлению гражданина, признанного недееспособным, или выбранных им представителей, опекуна, члена семьи, медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или стационарного учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, органа опеки и попечительства на основании соответствующего заключения СПЭ принимает решение о признании гражданина дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека. Из содержания указанной статьи ГПК РФ видно, что гражданин, признанный судом недееспособным, имеет право лично обращаться в суд с заявлением о признании его дееспособным. Законодателем не определено, как часто гражданином могут подаваться подобные заявления. Непосредственно после вынесения судом решения об отказе в восстановлении дееспособности такой гражданин вправе подать новое заявление. Фактически возможность подачи заявлений о признании дееспособным ограничивается лишь сроками рассмотрения гражданского дела. В этом случае решение вопроса о назначении новой СПЭ относится к компетенции суда.

Таким образом, действующим законодательством предусмотрен определенный порядок признания гражданина недееспособным. Указан перечень лиц, которые наделены правом обращаться в суд с заявлением о признании гражданина недееспособным. Проведение СПЭ при решении вопроса о признании гражданина недееспособным, а также о признании недееспособного гражданина дееспособным является обязательным.

Мнение специалистов, в том числе заключение экспертов, о неспособности гражданина понимать значение своих действий и руководить ими вследствие психического расстройства не является обязательным для суда. Судья, прежде чем принимать решение о лишении гражданина дееспособности, должен иметь возможность побеседовать с гражданином лично, наблюдать за его поведением в процессе судебного разбирательства, оценить его психическое состояние с точки зрения жизненного опыта и соотнести свои впечатления с представленными материалами гражданского дела. Кроме

того, согласно ГПК правовое положение граждан определяется также гражданской процессуальной правоспособностью. В ст. 36 ГПК указывается, что гражданская процессуальная правоспособность признается в равной мере за всеми гражданами и организациями, обладающими согласно законодательству РФ правом на судебную защиту прав, свобод и законных интересов.

В ГПК сформулированы также основные положения о гражданской процессуальной дееспособности (ст. 37). Гражданская процессуальная дееспособность — это способность гражданина своими действиями осуществлять права в суде, поручать ведение дела представителю, самому осуществлять процессуальные действия — предъявлять иски, заявлять ходатайства в процессе, доказывать что-либо, заключать мировое соглашение и т.п. В законе не указано, что граждане с психическими расстройствами (за исключением лиц, признанных недееспособными) ограничены в гражданской процессуальной дееспособности. Ограничение лица в участии в судебном процессе возможно лишь при признании его недееспособным в установленном законом порядке[3].

- [1] См.: Шишков С. Н. Изменения, внесенные в ГПК РФ Федеральным законом от 06.04.2011и их значение для психиатрической практики // Российский психиатрический журнал. 2011.№ 6. С. 51-54.
- [2] По данным А. Р. Мохонько, Е. В. Макушкина, Л. А. Муганцевой (2016), в Россиив 2015 г. было проведено 32 802 судебно-психиатрические экспертизы в рамках гражданских дел о признании граждан недееспособными, из которых в 91,8% случаев былодано заключение о неспособности лица понимать значение своих действий или руководить ими (эти показатели имеют относительно стабильный характер за последние10 лет). В то же время среди 8,2% лиц, в отношении которых было вынесено противоположное решение, оказалось 111 лиц психически здоровых.
- [3] Необходимо отметить, что Федеральным законом от 06.04.2011 № 67-ФЗ эти ограничения фактически сняты.

б.3. Ограниченная дееспособность вследствие психического расстройства

В рекомендации Комитета министров Совета Европы от 23.02.1999 R (99) 4 сформулированы принципы правовой защиты недееспособных взрослых лиц, которыми необходимо руководствоваться государствам — членам Совета Европы. Предлагается придерживаться принципа гибкости правового реагирования, предполагающего использование учета степени недееспособности лица для защиты его личных и имущественных интересов. Исходя из данных рекомендаций, основным направлением совершенствования законодательства является индивидуализация правовой

защиты граждан. Идея об избирательном ограничении возможности гражданского волеизъявления лиц с психическими расстройствами не нова. Категория ограниченной дееспособности (наряду с недееспособностью) имеется в законодательствах большинства европейских государств. Основания признания гражданина ограниченно дееспособным вследствие психического расстройства закреплены в ч. 2 ст. 30 ГК РФ.

Часть 2 ст. 30 ГК РФ

Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство.

Если судом будет установлено, что гражданин не может понимать значение своих действий или руководить ими, в том числе и при помощи других лиц, суд вправе на основании п. 1 ст. 29 ГК РФ признать его недееспособным.

В случае установления судом обстоятельств, свидетельствующих о том, что гражданин может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, суд вправе на основании п. 2 ст. 30 ГК РФ принять решение об ограничении его дееспособности.

Решение об ограничении дееспособности может быть принято также в отношении гражданина, признанного недееспособным, в случае установления обстоятельств, свидетельствующих о стойком улучшении его психического состояния и развитии в связи с этим способности понимать значение своих действий или руководить ими при помощи других лиц. Решение суда об удовлетворении заявления об ограничении гражданина в дееспособности является основанием для отмены над гражданином опеки и назначения ему попечителя органом опеки и попечительства (п. 3 ст. 29 ГК РФ).

Согласно п. 20 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 25, по заявлению попечителя либо органа опеки и попечительства гражданин, ограниченный в дееспособности вследствие психического расстройства, при наличии достаточных оснований (например, в случае представления доказательств, свидетельствующих о явно неразумном распоряжении им своим заработком, стипендией или иными доходами) может быть ограничен или лишен права самостоятельно распоряжаться своими доходами, указанными в подп. 1 п. 2 ст. 26 ГК РФ.

При этом вопрос об ограничении или лишении гражданина права самостоятельно распоряжаться названными доходами может быть разрешен

одновременно с рассмотрением судом заявления об ограничении данного гражданина в дееспособности.

Ограниченно дееспособные могут самостоятельно совершать только мелкие бытовые сделки, поэтому их самостоятельность в гражданском обороте уступает даже возможностям малолетних (ср. с п. 2 ст. 28 ГК). В то же время с согласия попечителя они могут совершать и другие сделки. В этом они сопоставимы с лицами в возрасте от 14 до 18 лет (сравните с п. 1 ст. 26 ГК)[1].

В постановлении Конституционного суда от 27.06.2012 № 15-П, посвященном вопросам ограничения дееспособности есть ссылка на приказ Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 № 1013н, согласно которому выделяется четыре степени стойких нарушений функций жизнедеятельности, которые подразделяются на незначительные, умеренные, выраженные и значительно выраженные нарушения. В связи с этим для разработки дифференцированных критериев оценки степени ограничения дееспособности может быть использовано сочетание различных подходов, с использованием как традиционной клинической таксономии (симптом — синдром — заболевание), так и объективизированные методы количественной оценки сохранных и нарушенных сторон психической деятельности и социальной адаптации, в том числе с использованием стандартизированных психометрических шкал и опросников. По-видимому, наиболее оптимальная форма экспертного исследования при решении вопроса об ограничении гражданина дееспособности — это комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. По мнению Ф. С. Сафуанова, Н. К. Харитоновой, М. В. Зей- гер (2016), психологическим содержанием способности «понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц», учитывая то обстоятельство, что гражданин не способен к самостоятельному волеизъявлению при совершении сделки, но в то же время несет за нее имущественную ответственность, а также ответственность за причиненный им вред (п. 2 ст. 30 ГК), является понятие «ограничение способности гражданина к осознанному принятию решения или его реализации, исполнению (при совершении сделки)». Исходя из этого, в компетенцию психолога-эксперта при проведении подобной экспертизы входит оценка степени выраженности нарушения способности к принятию решений вследствие психического расстройства.

При назначении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делу о признании лица ограниченно дееспособным рекомендуется следующим образом сформулировать вопрос, ставящийся на разрешение психолога-эксперта:

Повлекло ли имеющееся у гражданина психическое расстройство такие нарушения его психологических функций, которые ограничивают его

способность к осознанному принятию решения и его реализации, исполнению (при совершении сделки)?

Необходимо учитывать, что имеется определенный спектр психических расстройств, хотя и тяжелых по своей клинической сути, но нарушающих способность лиц к гражданскому волеизъявлению лишь избирательно. К данной категории можно отнести, например, лиц с умеренно выраженным интеллектуально-мнестическим снижением, не достигающем степени деменции или изолированным моно- тематическим бредом. Такие лица сохраняют способность к самостоятельному приобретению и осуществлению своих гражданских прав и могут самостоятельно управлять своими повседневными финансовыми расходами. В то же время у них может быть ослаблена способность осмыслять последствия крупных сделок, например, связанных с принадлежащей им недвижимостью, либо эти сделки могут определяться патологической мотивацией, связанной с имеющимся у них расстройством. В отношении таких лиц не вполне подходит как категория «полной дееспособности», поскольку не позволяет оградить их от совершения сделки, последствия которой гражданин не осмысляет, так и категория недееспособности, поскольку она необоснованно широко ограничивает их гражданские права. Помимо указанных клинических форм, наиболее соответствующие критериям ограниченной дееспособности являются следующие категории психических расстройств: синдром зависимости от психоактивных веществ Н-Ш стадии; расстройства шизофренического спектра, умеренная и легкая умственная отсталость с поведенческими нарушениями, органическое расстройство личности.

Следует отметить, что категория *ограниченно дееспособных* гражданским законодательством формируется преимущественно из числа лиц, ранее признававшихся *полностью недееспособными.* В этом принципиальное отличие *ограниченной дееспособности* от *ограниченной вменяемости* (ст. 22 УК РФ), поскольку ограниченно вменяемые выделены внутри категории вменяемых. Кроме того, введение в действие ч. 2 ст. 30 ГК РФ в данной формулировке («при помощи других лиц») вызвало критику в психиатрическом сообществе, поскольку если не касаться существенных содержательных различий в понятиях недееспособности и невменяемости, формулировки медицинского и юридического критериев должны быть близки (если не идентичны) и отражать болезненное состояние психики, исключающее способность к осознанному волеизъявлению. Формулирование ограниченной дееспособности через способность понимать значение своих действий и способность руководить ими лишь при помощи *других лиц* размывает юридический критерий. Действительно, как определить, достигнуто ли действительное понимание и является ли решение ограниченно дееспособного лица истинным выражением его воли, а не воли *другого лица*? Предлагалось отредактировать данную правовую норму, приблизив ее к остальным формулам медицинского и юридического

критериев и изложить п. 2 ст. 30 ГК РФ следующим образом: *«Гражданин, у которого имеется болезненное психическое расстройство, ограничивающее его способность понимать значение своих действий или руководить ими, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство»*> Впрочем, это уже область законотворчества, а подобных проблемных пунктов в действующем законодательстве достаточно много.

В соответствии с ч. 2 ст. 30 ГК РФ, гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, совершает сделки с письменного согласия попечителя. Такой гражданин вправе распоряжаться своими заработком, стипендией и иными доходами и совершать мелкие бытовые сделки и иные сделки, предусмотренные п. 2 ст. 28 ГК РФ (сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения либо государственной [2]

регистрации, сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем или с согласия последнего третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения). Гражданин, ограниченный судом в дееспособности вследствие психического расстройства, может распоряжаться выплачиваемыми на него алиментами, социальной пенсией, возмещением вреда здоровью и в связи со смертью кормильца и иными предоставляемыми на его содержание выплатами с письменного согласия попечителя. Такой гражданин вправе распоряжаться указанными выплатами в течение срока, определенного попечителем. Распоряжение указанными выплатами может быть прекращено до истечения данного срока по решению попечителя. При наличии достаточных оснований суд по ходатайству попечителя либо органа опеки и попечительства может ограничить или лишить такого гражданина права самостоятельно распоряжаться своими доходами: заработком, стипендией и иными доходами. Необходимо отметить, что гражданин, дееспособность которого ограничена вследствие психического расстройства, самостоятельно несет имущественную ответственность по сделкам, совершенным им в соответствии с настоящей статьей. За причиненный им вред такой гражданин несет ответственность в соответствии с ГК РФ. Если основания, в силу которых гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется установленное над гражданином попечительство. Если психическое состояние гражданина, который вследствие психического расстройства был ограничен в дееспособности, изменилось, суд признает его недееспособным в соответствии со ст. 29 ГК РФ или отменяет ограничение его дееспособности. При этом гражданин, ограниченный судом в дееспособности, вправе вступать в брак, участвовать в выборах.

Попечители граждан, дееспособность которых ограничена вследствие психического расстройства, дают согласие на совершение тех сделок, которые граждане, находящиеся под попечительством, не вправе совершать самостоятельно, оказывают подопечным содействие в осуществлении ими своих прав и исполнении обязанностей, а также охраняют их от злоупотреблений со стороны третьих лиц. Попечители исполняют свои функции, учитывая мнение подопечного (ст. 33, 36 ГК РФ).

На попечителя, таким образом, ложится функция по разъяснению гражданину, ограниченному судом в дееспособности, в доступной форме юридически значимых ситуаций, неясных положений, помощи в принятии решения, контролю за принимаемыми им решениями. Попечитель вправе существенно ограничивать действия подопечного, попечитель может не дать согласия на заключение сделки, обратиться в суд с заявлением о лишении подопечного возможности распоряжаться своим заработком. Кроме того, в обязанности попечителя входит заявление в суд ходатайства (при наличии достаточных оснований) об ограничении или лишении такого гражданина права самостоятельно распоряжаться своими доходами, а также в случае изменения психического состояния подача заявления о восстановлении дееспособности либо признании гражданина недееспособными (п. 2—3 ст. 30 ГК РФ).

- [1] Комментарий к гражданскому кодексу Российской Федерации. Часть первая:учебно-практический комментарий (постатейный) / Е. Н. Абрамова, Н. Н. Аверченко,Ю. В. Байгушева [и др.]; под ред. А. П. Сергеева. М. : Проспект, 2010.
- [2] Котов В. П., Мальцева М. М. Клинико-психопатологические аспекты категорийневменяемости и недееспособности в российском законодательстве // Российский психиатрический журнал. 2014. № 1. С. 11—18.

Ограниченная дееспособность вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами

ГК РФ содержит правовую норму, которая позволяет ограничивать в судебном порядке права гражданина по распоряжению своим имуществом и заработком.

Часть 1 ст. 30 ГК РФ

Гражданин, который вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским

процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство.

Он вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки.

Совершать другие сделки он может лишь с согласия попечителя. Однако такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред. Попечитель получает и расходует заработок, пенсию и иные доходы гражданина, ограниченного судом в дееспособности, в интересах подопечного в порядке, предусмотренном ст. 37 ГК РФ.

В Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 23.06.2015 № 25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации», в частности, даются разъяснения по применению норм гражданского законодательства, в том числе и вопросов ограниченной дееспособности лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами и имеющих пристрастие к азартным играм. Как указано в п. 18 Постановления, в соответствии с п. 1 ст. 30 ГК РФ суд вправе ограничить дееспособность гражданина, если будет установлено, что вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами он ставит свою семью в тяжелое материальное положение.

Наличие у других членов семьи заработка или иных доходов не является основанием для отказа в удовлетворении заявления об ограничении дееспособности гражданина по п. 1 ст. 30 ГК РФ, если будет установлено, что данный гражданин обязан по закону содержать членов своей семьи, однако вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами не оказывает им необходимой материальной помощи либо члены его семьи вынуждены полностью или частично его содержать.

При этом необходимо иметь в виду, что п. 1 ст. 30 ГК РФ не увязывает возможность ограничения дееспособности лица, имеющего пристрастие к азартным играм, злоупотребляющего спиртными напитками или наркотическими средствами, с признанием его страдающим синдромом зависимости (т.е. с установлением психиатрического диагноза).

В качестве доказательств пристрастия лица к азартным играм, злоупотребления им спиртными напитками или наркотическими средствами могут быть использованы любые средства доказывания из числа перечисленных в ст. 55 ГПК РФ.

Основания для ограничения дееспособности категории лиц, указанных в п. 1, должны быть установлены судом, а пристрастие к азартным играм,

чрезмерное употребление спиртных напитков или наркотических средств должно сопровождаться значительными денежными расходами и ставить их семьи в тяжелое материальное положение. По иным причинам, которые ставят семью в тяжелое материальное положение (например, нерациональное заимствование денежных средств у кредитных организаций), гражданин согласно действующему законодательству не может быть признан ограниченно дееспособным. Не предусмотрено также признание таковым гражданина, хотя и имеющего пристрастие к азартным играм или злоупотребляющего спиртными напитками, но одинокого и не имеющего семьи.

Согласно ч. 1 ст. 282 ГПК в заявлении об ограничении гражданина в дееспособности заявителю необходимо изложить следующие факты:

- 1) гражданин злоупотребляет спиртными напитками или наркотическими веществами;
- 2) в связи с этим ставит семью в тяжелое материальное положение.

В подтверждение данных сведений могут приводиться различные

материалы: справки из наркологического диспансера; протоколы административных взысканий за нарушение общественного порядка, совершенное в алкогольном опьянении или связанное с распитием спиртных напитков. В заявлении могут быть указаны свидетели, которые способны подтвердить данные обстоятельства.

При решении вопроса об ограниченной дееспособности данной категории лиц судебно-психиатрическая экспертиза не назначается (хотя проведение ее законом не исключается), поскольку суд в своем решении о признании гражданина ограниченно дееспособным основывается на социальных последствиях злоупотребления лица алкоголем, наркотическими средствами или его пристрастия к азартным играм и необходимость установления игровой зависимости или хронического алкоголизма (наркомании) как психического заболевания законом не предусмотрена.

Кроме того, анализ норм ч. 1 ст. 30 ГК РФ показывает, что данная статья не содержит ни медицинского, ни юридического критериев. В ней имеются некие аналоги медицинского критерия, сформулированные как *«пристрастие к азартным играм», «злоупотребление спиртными напитками»* и *«злоупотребление наркотическими средствами»,* однако эти определения не соответствует диагнозу какого-либо психического расстройства, и установление данных фактов («пристрастие», «злоупотребление») выходит за рамки компетенции врача судебно-психиатрического эксперта. Это же относится и к аналогу юридического (психологического) критерия, который сформулирован как социальная категория: *«ставит свою семью в тяжелое материальное*

положение», оценка которой также выходит за рамки профессиональной врачебной компетенции. Поэтому вопросы применения норм ч. 1 ст. 30 ГК РФ должны решаться судом без назначения СПЭ. Кроме того, даже если гражданин страдает синдромом зависимости от психоактивных веществ, это не означает, что он ставит свою семью в тяжелое материальное положение. Однако в практике СПЭ встречаются случаи, когда при рассмотрении гражданского дела об ограничении дееспособности гражданина по основаниям, предусмотренным ч. 1 ст. 30 ГК РФ, суды назначают судебно-психиатрическую экспертизу. При этом на разрешение судебно-психиатрических экспертов судами ставится вопрос о том, страдает ли гражданин хроническим алкоголизмом и наркоманией (синдромом зависимости от психоактивных веществ). В этих случаях руководителем государственного судебно-экспертного учреждения суду могут быть даны разъяснения о том, что по данной категории дел отсутствует предмет экспертного исследования. Если же определение о назначении СПЭ не будет отменено судом, то врачом судебно-психиатрическим экспертом могут быть решены только диагностические вопросы в рамках своей компетенции. В отличие от категорий недееспособности и ограниченной дееспособности вследствие психического расстройства, где на попечителя ложится согласно п. 3 ст. 36 ГК забота «о развитии (восстановлении) способности гражданина, дееспособность которого ограничена вследствие психического расстройства, или гражданина, признанного недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими», при применении норм ч. 1 ст. 30 ГК РФ на попечителя возлагается только контролирующая функция. Это связано с тем, что дела о признании гражданина недееспособным возбуждаются прежде всего в интересах самого гражданина, с тем чтобы защитить его интересы от собственных неправомерных действий и поступков, обусловленных психическим расстройством, в то время как дела об ограничении в дееспособности (в отношении лиц, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими средствами) имеют целью защиту интересов заявителя. В соответствии со ст. 284 ГПК заявление об ограничении дееспособности гражданина, о признании гражданина недееспособным, об ограничении или о лишении несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет права самостоятельно распоряжаться своим заработком, стипендией или иными доходами суд рассматривает с участием самого гражданина, заявителя, прокурора, представителя органа опеки и попечительства.

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании лица недееспособным

Для того чтобы самостоятельно приобретать и осуществлять права, принимать на себя и исполнять обязанности, необходимо такое состояние психических функций, которое позволяет понимать смысл норм права и сознавать последствия своих действий. Эти качества находятся во взаимосвязи с возрастом и психическим здоровьем гражданина. Определение

психического состояния лица при решении вопроса о лишении его дееспособности является предметом СПЭ по данной категории гражданских дел.

Лица, лишенные дееспособности, либо помещаются в специализированные психоневрологические интернаты, администрация которых согласно п. 4 ст. 35 ГК выполняет функции опекунов, либо, проживая дома, находятся под наблюдением опекунов из числа близких родственников. Психоневрологическим учреждениям, в том числе ведущим амбулаторное диспансерное наблюдение, предоставлено право обращаться в суд с заявлением о признании гражданина недееспособным (ч. 2 ст. 281 ГПК) либо о восстановлении его дееспособности (ч. 2 ст. 286 ГПК). Однако на практике функция психоневрологических диспансеров ограничивается предоставлением по запросу суда медицинской документации, касающейся лиц, в отношении которых инициировано дело о признании их недееспособными, и в дальнейшем их функции наблюдения за данными лицами также носят ограниченный характер, так как опосредуются через опекунов.

Местные органы опеки и попечительства, на которые возложены задачи контроля за выполнением опекунами своих обязанностей, также нередко формально выполняют свои функции, что может приводить к нарушениям прав недееспособных лиц в плане несвоевременного оказания им медико-социальной помощи и иных нарушений их интересов. Упомянутым выше Федеральным законом от 06.04.2011 № 67-ФЗ права лиц, признанных недееспособными, существенно расширены, в том числе в плане оказания им психиатрической помощи, что закреплено внесением соответствующих изменений в Закон о психиатрической помощи. Так, помещение в психиатрический стационар и психоневрологические учреждения для социального обеспечения и выписка из них производятся с согласия и по заявлению лиц, признанных недееспособными в установленном законом порядке, за исключением случаев, когда они по своему состоянию не способны дать согласие и подать заявление.

Недееспособный гражданин не может совершать самостоятельно никаких сделок ввиду их ничтожности (ст. 171 ГК), не несет ответственности по возникшим из этих сделок обязательствам и, по общему правилу, не отвечает за причиненный им вред, обязанность по возмещению которого возлагается на его опекуна или организацию, осуществляющую за ним надзор (ст. 1076 ГК). Согласно п. 1 ст. 36 ГК опекуны несут свои обязанности безвозмездно, кроме случаев, предусмотренных законом.

Целью судебно-психиатрической экспертизы по делам о недееспособности является:

- 1) установление наличия психического расстройства;
- 2) определение степени тяжести психопатологических нарушений;
- 3) установление факта, что тяжелое психическое расстройство делает невозможным свободное волеизъявление гражданина.

Только в этом случае возникает соответствие медицинского критерия юридическому, т.е. неспособности понимать значение своих действий и руководить ими, что является условием недееспособности.

При оценке юридического критерия учитываются его составляющие: интеллектуальный (неспособность понимать значение своих действий, т.е. адекватно осмыслять окружающую действительность, нарушение мнестических и критических функций) и волевой компонент (неспособность руководить своими действиями, т.е. нарушение волевой, целенаправленной регуляции своего поведения).

При экспертном исследовании необходим учет всей совокупности клинических, психологических и социальных факторов, влияющих на психическое состояние подэкспертного и прогноз его расстройства.

Таким образом, СПЭ выявляет психическое расстройство (медицинский критерий) и решает вопрос о его влиянии на способность гражданина понимать значение своих действий и руководить ими (юридический критерий), а недееспособность является юридическим понятием, определение которого находится в компетенции суда.

Далее приведены *клинические и социальные критерии, используемые при оценке способности понимать значение своих действий и руководить ими* в соответствии со ст. 29 ГК [Харитонова, 2008].

Клинические критерии включают:

- • давность и продолжительность психического заболевания;
- • значительную степень прогредиентности психических расстройств с тенденцией к безремиссионному течению;
- • склонность к частым обострениям и состояниям декомпенсации;
- • наличие актуальной психопатологической продуктивной симптоматики, определяющей болезненную мотивацию и неправильное поведение;
- • выраженное интеллектуально-мнестическое снижение;
- • грубые эмоционально-волевые нарушения;
- • негативные личностные изменения (падение психической активности, снижение уровня личности);
- • нарушение критических и прогностических функций.

К *социальным критериям* относятся:

- • нарушения социального функционирования;
- • снижение уровня трудоспособности и утрата трудовой занятости;
- • распад микросоциальных и семейных связей;
- • неспособность организовать повседневную деятельность в соответствии с потребностями практической жизни;
- • наличие асоциальных тенденций в поведении;
- • злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ);
- • склонность к совершению противоправных действий.

Медицинскому критерию недееспособности соответствуют следующие *основные нозологические формы психических расстройств:*

- • деменции;
- • умственная отсталость (умеренная, тяжелая, глубокая);
- • шизофрения;
- • хронические бредовые расстройства.

В соответствии с Законом о психиатрической помощи психическое расстройство, вследствие которого гражданин не может понимать значение своих действий или руководить ими, является хроническим и затяжным расстройством с тяжкими стойкими, часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч. 1 ст. 27). К клиническим признакам, соответствующим категории тяжелого психического расстройства, относятся хронические психические расстройства при значительной их прогредиентности с тенденцией к злокачественному течению и нарастанию дефекта или церебрально-органической симптоматики с интел- лектуально-мнестическим снижением и выраженными изменениями личности по органическому типу.

Следует также учитывать такие признаки, как склонность к частым обострениям или состояниям декомпенсации, что является причиной повторных госпитализаций в психиатрический стационар, проявления «госпитализма» и другие нарастающие признаки социальной дезадаптации. Признаками неблагоприятного течения тяжелого психического расстройства являются также: ригидность остаточной продуктивной симптоматики, которая определяет актуальную болезненную мотивацию поведения; отсутствие критики к заболеванию; резистентность к проводимой терапии с неуклонным нарастанием изменений личности; формирование зависимости от алкоголя и других ПАВ, сопровождающееся устойчивыми асоциальными формами поведения.

Помимо клинических признаков, соответствующих тяжелому психическому расстройству вне зависимости от его нозологической принадлежности, необходимо учитывать нарушенные и сохранные параметры социальной адаптации.

К характеристикам социального функционирования относятся такие параметры, как трудоспособность, семейная, бытовая адаптация, сфера социальных контактов и поддержки, наличие или отсутствие асоциальных тенденций. Во многих случаях, несмотря на психическое заболевание и неизбежное снижение трудоспособности, у больных сохраняются частичная трудоспособность, удовлетворительная социальная адаптация со способностью к самообслуживанию, определенный круг социальных контактов. Важным показателем является семейная адаптация с сохранностью семейных отношений и семейной поддержки со стороны близких. Лица с тяжелыми психическими расстройствами, сохраняющие определенный уровень социального функционирования, как правило, не нуждаются в лишении дееспособности.

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению недееспособности больных с органическими психическими расстройствами.

В практике СПЭ можно выделить две группы больных с органическими психическими расстройствами, в отношении которых решается вопрос об их недееспособности. Первая группа — лица с органическим слабоумием (деменции, связанные с сосудистыми, атрофическими процессами головного мозга). Вторая — больные, у которых степень выраженности интеллектуально-мнестических расстройств не достигла слабоумия, а клиническая картина определяется преимущественно иными психопатологическими проявлениями (органическое бредовое расстройство).

У больных, страдающих органическим слабоумием, клиническая картина определяется глубоким оскудением всей психической деятельности, грубыми нарушениями интеллектуально-мнестических процессов, обеднением эмоционально-волевой сферы и индивидуально-личностных характеристик, что сопровождается полной потерей способности к приобретению новых знаний и навыков и утратой имевшихся знаний и опыта. У них наблюдается регресс поведения с нарушением адекватных межличностных отношений и способности к самообслуживанию. На фоне общего нивелирования индивидуальноличностных характеристик заостряются отдельные, ранее свойственные больным черты, или появляются новые, например раздражительность, подозрительность, недоверчивость, мелочность. Диагностика деменции означает неспособность больных понимать значение своих действий и руководить ими.

У больных второй группы с органическим бредовым расстройством, формирующимся на фоне интеллектуально-мнестического снижения, нарушение социальной адаптации зависит от содержания и остроты бреда и выраженности его влияния на поведение. В бредовых идеях находят отражение возрастные особенности, для которых характерен «малый размах», связь с реальной бытовой ситуацией, направленность на ближайшее

окружение, что определяет неадекватное поведение больных в отношении родственников, конфликтность и нарушает уровень социальной адаптации. Констатация стойкого бредового расстройства в сочетании с когнитивными нарушениями и социальной дезадаптацией определяет экспертное решение в отношении этих больных об их неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

Необходимо отметить, что наличие органического бредового расстройства на фоне умеренно выраженного интеллектуально-мнестического снижения само по себе еще не означает автоматического решения о недееспособности. В некоторых случаях у больных наблюдается изолированный монотематический бред, не оказывающий существенного влияния на их поведение, и подобные больные могут жить в семье или самостоятельно, обслуживать себя, делать необходимые покупки, готовить пищу, распоряжаются деньгами. В подобных случаях признание их недееспособными нецелесообразно, поскольку может вызвать срыв компенсаторных механизмов пациента. Поэтому в таких случаях целесообразнее при согласии больного избрать патронажную форму защиты его интересов (ст. 41 ГК).

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению недееспособности больных шизофренией.

Вопросы экспертизы дееспособности лиц, страдающих шизофренией, весьма сложны, поскольку необходим дифференцированный учет клинической картины, течения процесса и особенностей социальной адаптации больных.

При определении недееспособности лиц, страдающих шизофренией, клинико-психопатологические критерии связаны с динамикой течения болезни и уровнем социального функционирования больного. В пользу вопроса о недееспособности таких больных свидетельствует наличие длительной, резистентной к лечению продуктивной психопатологической симптоматики (стойкие бредовые идеи преследования, отношения, воздействия). Бредовые идеи могут быть представлены в виде систематизированного бреда либо сочетаться с хроническими галлюцинаторными расстройствами. Подобные клинические проявления обычно сопровождаются нарушениями критических способностей, выраженными расстройствами мышления в виде аморфности и паралогичности, а также стойкими болезненными изменениями поведения. Подобная симптоматика обычно отмечается при параноидной шизофрении с непрерывным или приступообразно-прогредиентным течением с частыми приступами. Стойкие поведенческие расстройства у подобных больных сопровождаются нарастающей социальной дезадаптацией. Они по бредовым мотивам конфликтуют с родственниками, совершают нелепые поступки, вследствие чего нередко утрачивают связи с родственниками. Вопрос об

установлении недееспособности часто возникает вследствие необходимости помещения их в учреждение социальной защиты. Опека в таких случаях имеет положительное значение, так как способствует защите их прав. В других случаях для решения вопроса о недееспособности больных шизофренией ведущее значение имеют признаки негативных изменений личности с нивелированием и неадекватностью эмоциональных проявлений, снижением поведенческой активности, расстройствами мышления в виде разорванности мышления, аутизацией с утерей социальных связей и навыков, потерей способности к самообслуживанию. Состояние этих больных можно охарактеризовать как специфическое слабоумие, типичное для прогредиентного течения шизофрении, оно соответствует дефектному (исходному) состоянию при простой, гебефренической и кататонической шизофрении с ранним дебютом или параноидной с непрерывным течением. В таких случаях установление недееспособности и определение опекуна выполняет важную защитно-охранную функцию в отношении больных.

Дополнительными параметрами, которыми следует руководствоваться при определении недееспособности больных шизофренией, являются критерии динамической характеристики течения болезни — ее непрерывности, безремиссионности и злокачественности.

При приступообразно-прогредиентном течении шизофрении экспертные критерии неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими зависят от частоты и особенностей структуры приступов, качества и продолжительности ремиссии. В пользу признания лица недееспособным будут свидетельствовать тенденции перехода приступа в затяжное состояние со стойкой остаточной психопатологической симптоматикой, резистентной к проводимой терапии. Могут формироваться неустойчивые ремиссии со стойкими психопатоподобными личностными изменениями и нарушениями поведения с агрессивностью, некритичностью, негативным отношением к родственникам и утратой социальных связей.

Наиболее сложно выделять критерии признания лица недееспособным при шизофрении с малопрогредиентным типом течения, поскольку психопатологические расстройства, хотя и являются неглубокими и не сопровождаются выраженной негативной симптоматикой, отличаются стойкостью и резистентностью. Кроме того, шизотипические расстройства нередко усугубляются злоупотреблением ПАВ и поведенческими нарушениями, что обусловливает повторные госпитализации и затрудняет трудовую и социальную адаптацию этих больных. Клинико-социальной характеристикой медицинского критерия ст. 29 ГК в этих случаях является нарастание эмоционально-волевых изменений при недостаточном критическом осмыслении своего состояния и увеличении социальной дезадаптации.

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению недееспособности лиц, страдающих умственной отсталостью.

Вопросы недееспособности лиц с умственной отсталостью имеют свои особенности. В отличие от психической болезни умственная отсталость — это патологическое состояние, при котором не происходит выздоровления, хотя возможна и динамика (положительная или отрицательная) психического состояния, проявляющаяся в первую очередь в параметрах социальной адаптации (у лиц с легкими степенями умственной отсталости). Поэтому при тяжелых и умеренных формах умственной отсталости при установлении недееспособности в последующем никогда не ставится вопрос о восстановлении дееспособности и снятии опеки.

При умственной отсталости отмечается тотальность общего психического недоразвития, поскольку наряду с интеллектом страдают восприятие, внимание, речь и мышление, память, эмоционально-волевая и моторная сферы человека. Поэтому клинико-психопатологические критерии ориентированы преимущественно на определение степени тяжести умственной отсталости, которая включает в себя помимо собственно клинической оценки ее глубины (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая) и параметры нарушенного социального функционирования.

Параметры нарушенного социального функционирования уже входят в клинико-социальную характеристику степени тяжести и наиболее значимы для оценки динамики легкой ее степени, когда ранее позитивная социальная адаптация сменяется дезадаптированностью в силу присоединения вторичных негативных факторов (злоупотребление алкоголем, асоциальные влияния). В этих случаях ослабленные адаптационные механизмы быстро нарушаются, происходит распад сложившихся приспособительных социальных стереотипов с утратой адекватных межличностных отношений.

Поэтому в практике СПЭ при решении вопроса о недееспособности лиц с умственной отсталостью наиболее значимыми являются следующие группы:

- • лица с умственной отсталостью тяжелой и глубокой степени. Экспертное решение строится в данном случае с учетом степени тяжести умственной отсталости. Динамический и прогностический критерии не используются в связи с выраженностью тяжелых психических расстройств с раннего детства и стабильностью состояния слабоумия;
- • лица с умственной отсталостью легкой и частично умеренной степени, у которых формируются простые социальные, практические и профессиональные навыки. Экспертный анализ направлен на определение клинической структуры умственной отсталости, с учетом соотношения признаков интеллектуального недоразвития с

выраженностью и стойкостью эмоционально-волевых и поведенческих нарушений. Прогностическая оценка соотносится с характеристикой состояний компенсации или декомпенсации. Адаптационные механизмы при умственной отсталости даже легкой степени сильно ослаблены; при экзогенных воздействиях (травмы, соматические болезни, психогении) а также при формировании алкоголизма легко возникают состояния декомпенсации, регресс приспособительных форм поведения с углублением психических нарушений и социальной дезадаптацией. Это определяет нарушение способности понимать значение своих действий и руководить ими у лиц с умеренно выраженной степенью умственной отсталости (формами, пограничными с легкой).

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании лица ограниченно дееспособным вследствие психического расстройства: состояние проблемы

Несмотря на то что правовая норма, предусмотренная ч. 2 ст. 30 ГК действует с 2015 г., судебно-психиатрические экспертизы по делам об ограничении дееспособности вследствие психического расстройства до сих пор носят единичный характер. Это объясняется несколькими причинами. Во-первых, заявление в суд пишут заинтересованные лица — родственники пациентов с психическими расстройствами, которые практически всегда формулируют свои требования в соответствии с ч. 1 ст. 29 ГК, т.е. в соответствии с формулой «полной» недееспособности, согласно чему и формируется экспертное задание. Получив экспертное задание, психиатры обязаны ответить на поставленные вопросы. То есть если в определении суда о производстве судебно-психиатрической экспертизы сформулирован вопрос «может ли лицо понимать значение своих действий или руководить ими?», эксперты вынуждены ответить двояко («может» — «не может») и не имеют полномочий ответить: «может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц», даже если, по их мнению, психическое расстройство у данного лица более всего соответствует категории ограниченной дееспособности — такой ответ означать невыполнение экспертного задания. Поскольку избыточное ограничение гражданских прав нарушает конституционные свободы личности, а пограничные в клиническом и правовом смысле вопросы должны решаться в пользу пациента, то можно рекомендовать следующее решение. Если, по мнению экспертов, имеющееся у гражданина психическое расстройство в целом не препятствует осуществлению гражданских прав и обязанностей, но ограничивает его способности к принятию разумных решений при совершении сделок, то возможно сформулировать экспертное заключение о способности лица понимать значение своих действий, при этом указав, что у лица имеется психическое расстройство, нарушающее его сделкоспособность. Выходом из подобных ситуаций может быть

формулирование перед экспертами «комбинированного» экспертного задания, включающего вопросы как по ч. 1 ст. 29, так и по ч. 2 ст. 30 ГК.

Еще одной причиной ограниченной на сегодняшний день практики применения ч. 2 ст. 30 ГК является то, что методология экспертной оценки ограниченной дееспособности в отечественной судебной психиатрии только начинает создаваться, хотя за рубежом наработан достаточно большой опыт экспертологических подходов к дифференцированной оценке дееспособности.

Цели судебно-психиатрической экспертизы по делам об ограничении дееспособности схожи с таковыми при СПЭ по вопросам недееспособности:

- 1) установление наличия психического расстройства;
- 2) определение степени тяжести психопатологических нарушений;
- 3) установление факта, что психическое расстройство ограничивает свободное волеизъявление гражданина и он может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц.

При оценке ограниченной дееспособности также используются клинические и социальные критерии, которые предполагают большую сохранность психических функций и лучшие показатели социального функционирования, чем у лиц с полностью нарушенной способностью понимать значение своих действий или руководить ими.

Медицинскому критерию ограниченной дееспособности соответствуют следующие *основные нозологические формы психических расстройств:*

- • расстройства шизофренического спектра (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства);
- • умственная отсталость (легкая, умеренная);
- • органические расстройства личности;
- • синдром зависимости от психоактивных веществ 2-й и 3-й степени.

При экспертной оценке психического состояния и социального функционирования пациента при решении вопросов об ограниченной дееспособности, помимо констатации диагноза психического расстройства, необходима оценка степени выраженности когнитивных нарушений, а также оценка компетенций пациента в различных областях жизни, что предполагает использование более разнообразного и чувствительного оценочного инструментария, чем при решении вопроса о недееспособности.

За рубежом исследование правоспособности (*mental capacity)* стало сложным междисциплинарным научно-прикладным направлением.

Психическое расстройство или выраженный когнитивный дефицит не обязательно приводят к нарушению способности принимать решения во всех сферах жизни. Задача эксперта — не оценить, являются ли действия/решения лица обдуманными или рискованными, а определить, способен ли человек к пониманию необходимой и достаточной для принятия решения информации и оценке возможных последствий своих решений. Это предполагает объяснение того, каким образом субъект принимает решения и являются ли они следствием его личной системы убеждений и известной ему информации.

В настоящее время в большинстве европейских стран и США правоспособность и с юридической, и с клинической точек зрения рассматривается как функциональная способность «понимать, оценивать, принимать решения» в определенной области жизнедеятельности. Подобный функциональный подход предполагает различение отдельных сфер гражданской дееспособности и дифференцированную экспертную оценку *capacity* в каждой из этих сфер. Помимо каузальной оценки наличия психического расстройства как источника проблемы, оцениваются когнитивные нарушения (в том числе степень их выраженности), способность принимать решения, коммуникативные возможности, поддержка социальной среды, способность проживать самостоятельно, распоряжаться финансами, давать согласие на медицинское вмешательство, заключать контракт, вступать в брак, управлять автомобилем. С клинической точки зрения наиболее важными являются такие сферы *capacity,* как способность давать осознанное согласие на медицинское вмешательство, способность осуществлять финансовую деятельность и способность проживать самостоятельно, которые непосредственно связаны с когнитивными функциями и являются наиболее часто предметом экспертного исследования.

В связи с тем, что российское законодательство при установлении недееспособности гражданина фактически подвергает оценке его способность к автономному проживанию, а при ограничении дееспособности — его возможность совершать крупные финансовые сделки, остановимся подробнее на методах, направленных на оценку *capacity* в данных сферах. В зарубежной литературе, посвященной экспертной оценке правоспособности, крайне мало внимания уделяется роли клинического исследования как метода установления диагноза психического расстройства. Выстраивать клиническую беседу с испытуемым предлагается таким образом, чтобы выяснить те аспекты жизнедеятельности, в которых предполагается нарушение способности понимать и оценивать свои действия (способность дать согласие на медицинское вмешательство, проживать самостоятельно, распоряжаться финансами) . При оценке способности проживать самостоятельно особое значение имеет информация о том, может ли испытуемый ухаживать за собой, поддерживать порядок в доме,

самостоятельно ходить в магазин, готовить пищу. Рекомендуется обсудить с испытуемым вопросы о том, какую социальную помощь он получает, может ли рассчитывать на родственников или друзей. Оценивается, способен ли он осознать опасность ситуации и адекватно на нее отреагировать, способен ли обратиться к необходимым службам или родным с просьбой о помощи, нет ли опасности в самостоятельном проживании больного в связи с выраженностью имеющихся у него нарушений памяти. Ведущее значение при экспертной оценке способности проживать самостоятельно имеют как когнитивные функции, так и сохранность умений, относящихся к «повседневной активности» *(activities of daily living).* Необходимые навыки включают способность к самообслуживанию и самостоятельному социальному функционированию (способность связываться с родственниками, лечащим врачом и службами социальной поддержки, расплатиться в магазине, воспользоваться общественным транспортом и телефоном). Когнитивное функционирование должно быть достаточным для понимания и принятия решений, относящихся к независимому проживанию, в том числе при чрезвычайных ситуациях. Оцениваются возможности пациента к компенсации имеющихся у него нарушений, демонстрируемая пациентом мотивация ежедневной деятельности.

В зарубежной литературе [Marson et al. 2000, 2006] было предложено для описания способности к распоряжению финансами трехуровневую модель, которая, по мнению авторов, «основана на сочетании когнитивных, нейропсихологических и клинических аспектов». В рамках данной модели авторы различают три элемента финансовой компетентности:

- 1) *знания* — понимание абстрактных понятий, относящихся к финансовой деятельности, а также верные представления о собственных финансовых возможностях. Оценивается способность испытуемого описать факты, понятия и события, относящиеся к финансам, такие как «деньги», «валютный курс», «процентная ставка», «банковский баланс», «займ», «инвестиции» и т.п.;
- 2) *умения* — способность выполнять практические действия, связанные с финансовыми операциями (например, обменять валюту, выписать чек);
- 3) *суждения* — способность принимать решения, касающиеся распоряжения финансами, соответствующие своим интересам, как в повседневных, так и в нестандартных или неоднозначных ситуациях.

С «клинической» точки зрения данным элементам, по мнению авторов, соответствуют три уровня финансовой компетентности:

- 1) *task level* — «уровень задач», или декларативных знаний, предполагающий сформированность и сохранность понятийного

аппарата и умений, необходимых для осуществления отдельных сделок;

- 2) *domain level* — «уровень собственности», на котором знания должны включать процедуру или метод осуществления сделки;
- 3) *global level* — уровень общей финансовой компетентности. Используя понятие «здравых финансовых решений», авторы подчеркивают, что при сохранности данного уровня финансовой компетентности испытуемый должен «обладать чувствительностью к мошенничеству, быть способным противостоять насилию, проявлять “благоразумность” в инвестициях». Описанный теоретический подход используется во многих клинических исследованиях, в которых изучались способности к осуществлению финансовой деятельности у пациентов с деменцией различной степени выраженности. С использованием трехуровневой модели финансовой деятельности (*task level, domain level, global level*) были сделаны выводы, что при деменциях различной степени способность к финансовой деятельности нарушается на разных уровнях. На инициальной стадии деменции у пациентов отмечался дефицит на первых двух уровнях: *task level, domain level,* тогда как общая финансовая компетентность была утрачена. На стадии умеренной деменции отмечались выраженные нарушения на всех трех уровнях финансовой активности. Были выявлены значимые различия при оценке финансовых способностей глобального уровня у пациентов с деменцией и лиц старческого возраста, у которых деменции не было.

В отечественной работе [Зейгер, Сафуанов, 2014], со ссылками на рекомендации Американской психиатрической ассоциации, для оценки степени сохранности способности субъекта понимать значение своих действий и руководить ими предлагается использовать два критерия: 1) степень выраженности нарушения когнитивных функций; 2) такие качественные характеристики мотивационной структуры личности, как критичность и способность к прогнозу. При этом критичность авторы рассматривают как компонент мышления, включающий следующие параметры:

- • оценку собственной личности, в том числе внутреннюю картину болезни;
- • соответствие оценки актуальной ситуации ее объективным параметрам;
- • способность прогнозировать и учитывать возможные изменения актуальной ситуации;
- • способность предвидеть ближайшие и отдаленные последствия своих действий и оценивать характер их влияния на собственную личность и окружающих.

Факторами, влияющими на критичность, по мнению авторов, являются познавательные процессы (долговременная и кратковременная память, внимание, операциональный и динамический компоненты мышления), образовательный уровень субъекта, преимущественные когнитивные стратегии, мотивация деятельности. В зависимости от количества ответов, характерных для того или иного клинического варианта нарушений познавательной деятельности, авторы выделяют пять степеней выраженности нарушений когнитивных функций: легкую, умеренную, умеренно-выраженную, выраженную, грубую. На основании качественного анализа выделяются также четыре степени нарушения критических и прогностических функций.

- 1. *Легкая недостаточность* (критичность неустойчивая, адекватная в целом оценка собственной личности сочетается с тенденцией к пере- и недооценке, которая корригируется субъектом самостоятельно при наличии минимальных внешних побуждений. Прогноз ближайших последствий сохранен, отдаленные последствия недооцениваются при возможности корригирования извне).
- 2. *Умеренное снижение* (коррекция пере- и недооценки собственной личности возможна лишь при наличии активных и периодически повторяющихся внешних побуждений. Ближайший и отдаленный прогноз характеризуются недооценкой последствий своих действий и сужением спектра альтернатив, при этом внешняя стимуляция и помощь малоэффективны).
- 3. *Выраженное снижение* (критическая оценка собственной личности и ситуации снижена и не корригируется извне, учет текущих изменений актуальной ситуации недостаточен, прогноз ближайших последствий своих действий стойко нарушен, отдаленный прогноз отсутствует).
- 4. *Грубое снижение* (критические и прогностические функции утрачены) .

Для заключения о «степени недееспособности» авторы предлагают использовать определенные сочетания выраженности нарушения когнитивных функций и степени нарушения критических и прогностических возможностей.

Основным методом выявления когнитивных нарушений испытуемого является экспериментально-психологический. При этом методики, используемые специалистами, направлены на выявление особенностей восприятия, внимания, памяти, мышления, речи. Часто используются отдельные субтесты Векслера, методика заучивания слов, «Ассоциативный тест», «Классификация», «Обобщение».

Таким образом, разработка стандартизированных клинических интервью, опросников, направленных на оценку различных сторон социального

функционирования подэкспертного, его способности к самостоятельному проживанию и финансовой компетентности становится необходимостью для развития юридических институтов ограниченной вменяемости, а оценка «промежуточных» состояний дееспособности должна включать в себя использование профессиональных познаний как психиатра, так и медицинского психолога.

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших сделки

В связи с ростом числа имущественных сделок (договоров купли- продажи, оформления ренты, дарения недвижимости и т.д.), совершаемых гражданами, отмечается рост количества гражданских дел, возбуждаемых по поводу признания указанных сделок недействительными, и судебно-психиатрических экспертиз по ним[1].

Статья 177 ГК. Недействительность сделки, совершенной гражданином, не способным понимать значение своих действий или руководить ими[1] [2]

- 1. Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения.
- 2. Сделка, совершенная гражданином, впоследствии признанным недееспособным, может быть признана судом недействительной по иску его опекуна, если доказано, что в момент совершения сделки гражданин не был способен понимать значение своих действий или руководить ими. [...]

В ст. 177 ГК медицинский критерий сформулирован как «состояние» в момент заключения сделки, что выводит его за психиатрические рамки и предполагает более широкий предмет исследования, включающий оценку не только психиатрического, но и психологического состояния в момент совершения сделки (например, алкогольного опьянения, соматогенно обусловленного или иного состояния). Как указывают юристы, причины, обусловливающие неспособность лица понимать значение своих действий или руководить ими при совершении сделки, могут быть различными (психическое расстройство или иное заболевание, нервное потрясение, физическая травма, глубокое алкогольное опьянение и т.д.). Для доказывания этих обстоятельств недостаточно свидетельских показаний, должны предоставляться документы, их подтверждающие, а в случае необходимости — назначаться экспертиза [Комментарии к Гражданскому кодексу..., 1999].

Предметом и задачами СПЭ по делам о признании сделки недействительной являются оценка психического состояния лица на момент ее совершения и

определение его влияния на способность понимать значение своих действий и руководить ими в момент ее заключения. В настоящее время для обозначения такой способности часто используется термин «сделкоспособность».

Необходимо отметить, что сделкоспособность отличается от правовой категории дееспособности двумя существенными особенностями: во-первых, она подразумевает способность лица понимать значение своих действий и руководить ими на определенном ограниченном отрезке времени; во-вторых, сделкоспособность относится к конкретному гражданскому акту — совершению сделки и в этом смысле сравнима с понятием вменяемости в уголовном процессе. Особенности экспертной оценки в этих случаях следующие: при экспертизе дееспособности оценивается психическое состояние лица с учетом динамики на будущее время; при экспертизе по поводу действительности уже совершенной сделки проводится ретроспективная оценка психического состояния лица на период совершения сделки.

Соответствующими недееспособности являются выраженные малообратимые хронические психические расстройства, в то время как при решении вопроса о способности понимать значение своих действий и руководить ими во время заключения сделки экспертное значение также имеют преходящие и умеренно выраженные психические расстройства, влияние которых на сделкоспособность опосредуется через ситуационные факторы.

Предметом СПЭ по делам о признании сделки недействительной является определение психического состояния лица в юридически значимый период совершения сделки.

Сделка — акт осознанного целенаправленного волевого действия физического лица, совершая которое оно стремится к достижению определенных правовых последствий. Сущность сделки составляет воля и волеизъявление сторон.

Воля — процесс психического регулирования поведения субъекта. *Волеизъявление* — выражение воли лица вовне, благодаря которому она становится доступной восприятию других лиц. Волеизъявление — важнейший элемент сделки, с которым, как правило, связаны юридические последствия. Именно волеизъявление как внешнее выражение (объективизация) воли может подвергаться правовой оценке.

Порок воли — имеющееся у субъекта гражданско-правовых отношений нарушение способности к свободному выражению своего подлинного желания изменить определенное право. Порок воли может быть обусловлен особым психическим состоянием, искаженным представлением о цели

сделки или ограниченной свободой принятия решения. Предметом экспертизы порока воли является установление способности лица при совершении сделки осознанно принимать решение по ее совершению и свободно руководить своими действиями при реализации этого решения.

Как следует из ст. 177 ГК, для признания сделки недействительной необходимо, чтобы содержание понятия «такое состояние» соответствовало юридическому критерию «не был способен понимать значение своих действий или руководить ими». Это понятие включает в себя психические расстройства (тяжелые и пограничные) и психологические особенности (повышенная внушаемость, подчиняемость), поэтому во многих случаях по гражданским делам о признании сделки недействительной целесообразно проведение КСППЭ.

При этом на разрешение экспертов должны быть поставлены следующие вопросы.

Страдал ли подэкспертный в юридически значимой ситуации заключения сделки каким-либо психическим расстройством? Если подэкспертный страдал психическим расстройством, то оказало ли оно влияние на его способность к осознанию существа сделки, ее юридических особенностей, прогнозированию ее результатов, регуляции своего поведения?

Имеются ли у подэкспертного такие индивидуально-психологические особенности, как внушаемость, подчиняемость, которые существенно снизили или ограничили его способность руководить своими действиями в период заключения сделки?

С учетом психического состояния, индивидуально-психологических особенностей мог ли подэкспертный в период заключения сделки понимать значение своих действий и руководить ими?

Юридический критерий «понимать значение своих действий или руководить ими», изложенный в ст. 177 ГК, включает в себя интеллектуальный и волевой компоненты.

Интеллектуальный компонент — «понимать значение своих действий» — отражает способность к пониманию фактической стороны сделки, ее существа, юридических особенностей, последствий с учетом возможных рисков.

Волевой компонент — «руководить ими» (действиями) — подразумевает сохранность волевых качеств и включает мотивацию совершенной сделки, способность к самостоятельному принятию решения и регуляции своего поведения в зависимости от внешних обстоятельств.

Поведение определяется различными мотивационными звеньями. Так, желание получить материальную выгоду может быть обусловлено не только долгосрочным осознанным прогнозированием своего поведения, но и, например, болезненной зависимостью от ПАВ, причем реально-бытовые мотивы совершения сделки еще не свидетельствуют о сделкоспособности лица. Патологическая мотивация при выраженных негативно-личностных изменениях, продуктивных психопатологических расстройствах (обусловленная депрессивными, бредовыми переживаниями и др.) свидетельствует о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими при заключении сделки. Нарушение хотя бы одной составляющей юридического критерия (интеллектуального или волевого компонента) исключает возможность свободного волеизъявления, и для признания действительности сделки необходима сохранность каждой из его составляющих.

Сложность при формулировании экспертных выводов связана с необходимостью ретроспективной оценки психического состояния на период совершения сделки. Выводы о характере и степени выраженности психических расстройств в период совершения сделки строятся на основе данных, характеризующих психическое состояние подэкспертного на момент обследования, в их соотнесении с ретроспективными данными, полученными из анамнестических сведений, медицинской документации, свидетельских показаний. Вместе с тем подобная ретроспективная оценка психического состояния лица в период совершения сделки может быть адекватной лишь при наличии верифицированного анамнеза, исчерпывающих сведений о клинических проявлениях и особенностях динамики заболевания (прогредиентное, регредиентное и др.).

При отсутствии динамических изменений в психическом состоянии подэкспертных с момента заключения сделки до проведения СПЭ можно утверждать, что наблюдающиеся у них во время экспертизы расстройства, сопровождающиеся нарушением критических и прогностических функций, отмечались и в период заключения сделки.

При временном ухудшении психического состояния подэкспертного в период сделки оценка его способности к осознанной регуляции своего поведения строится на данных медицинской документации, показаниях свидетелей, субъективных сведениях, сообщенных подэкспертным во время проведения экспертизы.

К сделкам относится и завещание, которое согласно п. 5 ст. 1118 ГК является односторонней сделкой. Принципы экспертной оценки при посмертных и очных СПЭ являются общими, при некоторых различиях в методах проведения.

По сходным принципам осуществляется судебно-психиатрическая оценка психических расстройств по гражданским делам о признании брака недействительным в соответствии со ст. 28 СК. В данной статье, так же как в ст. 177 ГК, медицинский критерий сформулирован как «состояние», а юридический критерий — как возможность «понимать значение своих действий и руководить ими» при различиях в содержательной стороне юридических критериев ст. 28 СК и ст. 177 ГК.

- [1] По данным А. Р. Мохонько, Е. В. Макушкина, Л. А. Муганцевой (2016), в Россииотмечается постепенный рост числа судебно-психиатрических экспертиз по деламо признании сделок недействительными. Так, более чем за 10 лет их количество вырослос 1551 (2005 г.) до 4108 (2015 г.) — при среднегодовом темпе прироста 11,5%. При этомиз всех лиц, прошедших СПЭ в 2015 г., 36,4% были признаны не способными пониматьзначение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки.
- [2] Федеральным законом от 07.05.2013 № 100-ФЗ п. 2 ст. 177 дополнен следующимабзацем: «Сделка, совершенная гражданином, впоследствии ограниченным в дееспособности вследствие психического расстройства, может быть признана судом недействительной по иску его попечителя, если доказано, что в момент совершения сделки гражданин не был способен понимать значение своих действий или руководить ими и другаясторона сделки знала или должна была знать об этом».

Судебно-психиатрическая оценка органических психических расстройств.

Диагностика деменции в период сделки указывает на неспособность лица понимать значение своих действий и руководить ими независимо от привходящих (ситуационных) факторов. Клинические проявления деменции определяются грубым интеллектуально-мнести- ческим снижением, конкретностью мышления, ослаблением побуждений и волевой активности, нивелировкой личностных особенностей, бедностью эмоциональных реакций, грубым нарушением критических способностей. Нередко проявления деменции сочетаются с психотическими симптомами (бред малого размаха, галлюцинации). Причем чем выраженнее симптомы слабоумия, тем беднее продуктивные психические расстройства.

Трудности экспертной оценки заключаются в установлении давности заболевания и соотнесении его с периодом сделки. Наличие медицинской документации, подтверждающей признаки деменции до заключения сделки, существенно упрощает задачу. При отсутствии таковой клиническую картину заболевания на момент заключения сделки можно реконструировать по свидетельским показаниям в случае, если свидетелями четко описываются нарушения памяти, мышления, ориентировки больных, их несостоятельность

в самообслуживании на бытовом уровне, странности поведения. Сопоставление указанных анамнестических данных с результатами обследования при проведении СПЭ позволяет сделать вывод о наличии деменции и в период сделки. Прийти к определенному экспертному заключению удается в тех случаях, когда описанные свидетелями психические расстройства однозначно укладываются в клиническую картину, характерную для определенного заболевания, носят непротиворечивый характер и соответствуют выявленным при обследовании психическим расстройствам.

Учитывается и сам характер сделки, ее логичность, обоснованность, соответствие интересам и потребностям пациента. Так, продажа единственного жилья за сумму, значительно меньшую реальной стоимости, малознакомым людям косвенно свидетельствует о выраженных психических расстройствах с нарушением критических способностей.

Судебно-психиатрическая оценка *органического бредового* (*шизоф-реноподобного*) *расстройства* строится на оценке психотических и интеллектуально-мнестических расстройств на период заключения сделки.

Органические психозы параноидной структуры развиваются, как правило, в зрелом возрасте. Психотические расстройства могут возникать после перенесенной нейроинфекции, в отдаленный период после черепно-мозговой травмы, на фоне сосудистого заболевания головного мозга. При этом отмечается постепенное нарастание интеллектуально- мнестических нарушений. На фоне органической патологии отмечается формирование бредовых расстройств — идей отношения, преследовало ния, отравления, ущерба, направленных, как правило, на родственников, соседей и нередко сопровождающихся слуховыми, зрительными, тактильными обманами восприятия. Бредовые расстройства обычно сочетаются с депрессивными симптомами (эмоциональная подавленность, тревога). По мере нарастания психоорганических расстройств бредовые идеи приобретают все более нелепый и фрагментарный характер.

Больные могут продать жилье, чтобы скрыться от мнимых преследователей, по бредовым мотивам они могут лишать детей наследства. При этом решения они принимают под влиянием заинтересованных лиц, которые активно склоняют их к заключению сделки. Бредовое расстройство существенным образом нарушает критические способности пациента. Больные могут понимать фактическую сторону сделки, однако ее мотивация носит искаженный (бредовой) характер. Клиническое обследование, выявившее у подэкспертного проявления органического бредового расстройства, с учетом данных о его обращениях в правоохранительные органы с нелепыми заявлениями, неправильном поведении в быту в период заключения сделки позволяют сделать вывод о неспособности лица понимать значение своих

действий и руководить ими в юридически значимой ситуации, без учета дополнительных ситуационных и психологических факторов. Подобное решение может быть вынесено в рамках однородной СПЭ.

Судебно-психиатрическая оценка *органического расстройства личности* может вызвать значительные трудности. Она осуществляется дифференцированно в зависимости от выраженности психопатоподобных и интеллектуально-мнестических расстройств с установлением их влияния на поведение лица в период совершения сделки.

Органическое расстройство личности характеризуется повышенной возбудимостью, огрублением и брутальностью аффекта на фоне в той или иной степени выраженных интеллектуально-мнестических нарушений. У одних больных когнитивные расстройства исчерпываются некоторым снижением памяти на текущие события, обстоятельностью мышления, повышенной истощаемостью психических процессов. Данные проявления нередко сочетаются с церебрастенической симптоматикой — головной болью, плохой переносимостью жары, духоты, беспричинными колебаниями настроения. У других больных отмечаются более выраженные малопродуктивность умственной деятельности, снижение интеллекта и способности к абстрактному мышлению, нарушения памяти на прошлые и текущие события, инертность мышления.

У больных с органическим расстройством личности помимо интеллектуально-мнестических расстройств имеются различные индивидуально-психологические особенности. Оценка глубины психических расстройств, выявление индивидуально-психологических особенностей и их влияния на сделкоспособность входят в совместную компетенцию психологов и психиатров, поэтому определение сделкоспособности лиц с органическим расстройством личности (так же как и с другими, менее тяжелыми расстройствами) осуществляется в рамках КСППЭ. Помимо клинических и экспериментально-психологических данных, отражающих выраженность интеллектуально-мнестических нарушений, следует учитывать индивидуально-психологические особенности подэкспертного, которые наряду с психическими расстройствами определяли поведение лица в юридически значимой ситуации.

Заключение о несделкоспособности основывается на оценке совокупности психических нарушений и индивидуально-психологических особенностей, которые в юридически значимой ситуации исключали способность понимать значение своих действий и руководить ими, нарушая правильность оценки ситуации, процесс принятия решения, его реализацию, свободу воли при заключении сделки.

В пользу неспособности понимать значение своих действий и руководить ими свидетельствуют выраженные дисмнестические нарушения, снижение интеллекта, конкретность мышления, затруднения в усвоении нового материала, непонимание меняющихся условий ситуации, склонность совершать поступки под влиянием сиюминутных побуждений, снижение критических способностей, наличие повышенной внушаемости и подчиняемости, искаженная система мотивации, непонимание юридических последствий совершения сделки. Подобные подэкспертные имеют слабое представление о цели СПЭ и ее значении для суда. Экспертное решение может быть вынесено только при наличии исчерпывающих данных о психическом состоянии и поведении подэкспертного в период сделки на основании материалов дела и медицинской документации. Дополнительным критерием является отсутствие определенной линии поведения в ходе судебного разбирательства, когда подэкспертные неоднократно меняют свою позицию, делая взаимоисключающие заявления.

Критериями сделкоспособности лиц с органическим расстройством личности являются незначительные дисмнестические расстройства, ограничивающиеся некоторой обедненностью и ригидностью мышления при сохранности критических и прогностических функций, при отсутствии признаков повышенной внушаемости и подчиняемости.

Подобные лица понимают цель обследования при проведении СПЭ, ориентируются в материалах гражданского дела. Они активно защищаются, пытаясь доказать, что «были обмануты». Важное значение имеют сведения материалов гражданского дела, свидетельствующие о том, что эти лица принимали активное участие в совершении сделки, подбирая оптимальный ее вариант, осматривали будущее жилье, советовались с юристами, знакомыми, вели переговоры, самостоятельно оформляли документы, что свидетельствует о сохранности у них критических и прогностических функций и достаточной способности понимать значение своих действий и руководить ими в период заключения сделки.

Изучение подэкспертных, страдающих *шизофренией и шизотипи- ческим расстройством,* позволяет выделить две основные группы.

Первую составляют лица с резидуальной шизофренией (F20.5) и шизо- типическим расстройством (F21). Экспертная оценка в отношении подобных лиц представляет наибольшую сложность и может быть различной. Во вторую группу входят больные с другими клиническими формами шизофрении (преимущественно параноидной — F20.0). В отношении подобных лиц, как правило, выносится экспертное заключение о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими в период заключения сделки.

У подэкспертных с шизотипическим расстройством и резидуальной шизофренией клиническая картина определяется неврозоподобной, аффективной и ипохондрической симптоматикой. Лица могут совершать сделки по реальным мотивам, с соблюдением своих имущественных интересов. При проведении СПЭ учитываются клинические, социальные и психологические факторы. Оценивается степень выраженности негативно-личностных расстройств, способность критически оценивать свое состояние и сложившуюся ситуацию, прогнозировать последствия сделки. Большое значение имеет уровень социальной адаптации подэкспертных: образование, трудоспособность, семейное положение, взаимоотношения в микросреде. Имеют значение психологические факторы, отражающие понимание подэкспертным существа своих гражданских действий, а также сложившейся ситуации в целом. Сохранность указанных параметров служит основанием для дачи заключения о возможности понимать значение своих действий и руководить ими.

Утяжеление течения заболевания с экзацербацией психотической симптоматики в условиях психотравмирующей ситуации, сопровождающееся выраженными нарушениями социальной адаптации, является основанием для заключения о том, что лицо не могло понимать значение своих действий и руководить ими в период совершения сделки.

У больных параноидной формой шизофрении с непрерывным либо приступообразно-прогредиентным течением в клинической картине преобладают галлюцинаторно-параноидные расстройства, сопровождающиеся нарастанием выраженных изменений личности. Экспертное заключение о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими связано с невозможностью адекватно осмысливать объективную реальность, учитывать и критически оценивать социально-правовые последствия сделки. Так, больные могут совершить продажу квартиры только для того, чтобы уехать из дома, где, по их мнению, они подвергались преследованию, либо оформить дарственную на посторонних лиц, чтобы лишить права наследства ближайших родственников, в отношении которых у них формируются стойкие бредовые идеи. Неблагоприятным фактором, утяжеляющим течение шизофренического процесса и снижающим уровень социальной адаптации, является злоупотребление алкоголем.

Имущественные сделки, в результате которых больные несут существенный материальный ущерб (утрата единственного места проживания, неравнозначный обмен), чаще совершаются в период ремиссий, однако глубина негативно-личностных изменений, грубые нарушения критических и прогностических функций позволяют сделать заключение о невозможности подэкспертными понимать значение своих действий и руководить ими даже в состоянии ремиссии.

Таким образом, экспертная оценка шизофрении определяется глубиной негативно-личностных изменений, степенью прогредиентности процесса и основным клиническим синдромом, отмечавшимся в период заключения сделки. Клиническими критериями несделкоспо- собности больного с прогредиентной шизофренией являются отмечавшиеся в период заключения сделки психотические расстройства (бред, галлюцинации), а также грубые дефицитарные нарушения психики (паралогичность мышления, пассивность в сочетании с неадекватностью эмоциональных проявлений).

Большие трудности представляет судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у больных *алкоголизмом* при совершении ими различных имущественных сделок. В соответствии со ст. 177 ГК при решении экспертных вопросов о возможности лица понимать значение своих действий и руководить ими в период заключения сделки оценивается состояние лица, т.е. его психическое и психологическое состояние, связанное с острой алкогольной интоксикацией или запоем. В задачи СПЭ входит диагностика состояния запоя и степени выраженности психических изменений, вызванных алкогольной зависимостью.

Заключение о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими обычно выносится в отношении лиц со 2-й (средней) и 3-й (конечной) стадиями алкогольной зависимости. Ко времени формирования запойного пьянства у этих больных формируется токсическая энцефалопатия с изменениями личности по органическому типу и морально-этической деградацией. В клинической картине на первый план выступают интеллектуально-мнестические расстройства, снижение критических и адаптационных возможностей. Для конечной стадии алкоголизма характерно снижение показателей функций внимания, мышления, памяти. Мышление отличается торпидностью, малопродук- тивностью, ассоциативные процессы обеднены и отражают алкогольную направленность, суждения примитивны. Эмоциональные реакции лабильные с перепадами от дисфории до благодушного настроения. Больные стремятся к общению с лицами, злоупотребляющими алкоголем и ведущими асоциальный образ жизни.

При оценке способности понимать значение своих действий и руководить ими у лиц с алкогольной зависимостью определяется уровень осознания ими последствий совершаемых правовых действий с учетом совокупности факторов — психопатологических, мотивационных, характерологических, ситуационных. Критические и прогностические способности у лиц с алкогольной зависимостью снижаются на поздних стадиях алкоголизма, в особенности в период запоя. В соответствии с данными Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна (1983) снижение критических способностей при алкоголизме тесно связано с интел- лектуально-мнестическим снижением, отсутствием осознания тяжести своего заболевания. Существенным является нарушение у этих лиц познавательной деятельности, направленной на

отражение совокупности всех связей и отношений, создание целостного образа ситуации, на построение возможных схем действий, функционирующих в качестве основных средств регуляции поведения.

Формирование алкогольной зависимости приводит к глубокой перестроуктуризации иерархии ценностей и системы мотивов у этих лиц. Б. С. Братусь, П. И. Сидоров (1984) квалифицируют поведение лиц с алкогольной зависимостью как иллюзорно-компенсаторную деятельность, направленную на создание и поддержание определенного эмоционального состояния, иллюзорного удовлетворения той или иной актуальной потребности, которое определяется не реальным осуществлением тех или иных задач и целей, а имитацией искомых результатов деятельности.

Помимо сказанного выше клиническая картина поздних стадий алкоголизма характеризуется наличием абстинентного синдрома, который обычно ярко выражен и включает в себя пониженное настроение с дисфорическим оттенком, чувство тревоги, страха, микроделириозные состояния, развившиеся на фоне соматовегетативных расстройств, иногда судорожных припадков. Кроме того, типично формирование неодолимого влечения к алкоголю, возникающего спонтанно и сразу достигающего интенсивности, сравнимой с чувством голода и жажды, что приводит к немедленному употреблению алкоголя. Лица с 3-й (конечной) стадией алкогольной зависимости часто бывают одинокими, неразборчивыми в знакомствах, в их квартирах собираются лица, ведущие асоциальный образ жизни.

Сделки, затрагивающие их интересы (продажа квартиры с утратой прописки), совершаются в минимальные сроки, в состоянии алкогольного опьянения или в период запоя. Сделки оформляются через малознакомых посредников, по выданным на их имя доверенностям на право полного распоряжения имуществом. Совершению сделки часто предшествуют затяжная психотравмирующая ситуация, материальные затруднения, конфликты, смерть близкого человека, что приводит к усилению злоупотребления алкоголем.

Наличие длительного запоя в период заключения сделки служит основанием для признания лица не способным в момент ее заключения понимать значение своих действий и руководить ими. Данное состояние расценивается как временное болезненное расстройство психической деятельности, но оно юридически значимо лишь в отношении сделкоспособности лица в тот период.

Клинические проявления запоя характеризуются чередованием состояний алкогольной интоксикации средней и тяжелой степени с нарушением когнитивных функций, восприятия, эффективности. Синдром отмены алкоголя (алкогольная абстиненция) сопровождается эмоционально-

волевыми расстройствами, колебаниями настроения, бессонницей, отдельными зрительными и слуховыми обманами восприятия. Данным расстройствам сопутствует нарушение критической оценки своего состояния и осознания характера и последствий совершаемого юридического акта.

В отношении лиц, обнаруживающих признаки хронического алкоголизма 1-й и начальных проявлений 2-й стадии, выносится иное экспертное решение о возможности понимать значение своих действий и руководить ими. У данных лиц отмечаются начальные проявления алкогольной деградации личности в виде лживости, морально-этического снижения и рентных установок. Поэтому при подаче искового заявления эти лица руководствуются психологически понятными мотивами, связанными со стремлением получить выгоду. В целом при оценке вопросов способности лиц, страдающих алкоголизмом, понимать значение своих действий и руководить ими в период заключения сделки учитываются факторы, связанные со степенью выраженности имеющихся психических нарушений, зависящих от стадии алкоголизма, степени социальной дезадаптации, а также наличия состояния алкогольного опьянения или запоя, которые оказывают существенное влияние на способность лица в юридически значимой ситуации понимать значение своих действий и руководить ими.

Комплексные психолого-психиатрические экспертизы по делам о признании сделки недействительной.

В ГК имеется ряд статей (ст. 177—179), определяющих ситуации, когда сделку можно признать недействительной при несвободном волеизъявлении.

Как уже отмечалось, в ст. 177 ГК так называемый медицинский критерий сформулирован расширительно: необходимо оценить *состояние* участника сделки, которое лишает его способности понимать значение своих действий или руководить ими, т.е. предполагается более широкий, нежели только психические расстройства, предмет для исследования. Оценка «состояния» лица, совершившего сделку, обусловливает широкое поле экспертной деятельности с участием как психиатров, так и психологов и по мере необходимости — других специалистов (наркологов, неврологов). Важнейший элемент сделки, определяющий юридические последствия, — волеизъявление, которое может быть нарушено как психологическими, так и психопатологическими причинами. Как показывает практический опыт, лишь некоторые нозологические формы (деменция, тяжелая умственная отсталость, хроническое бредовое расстройство), установленные СПЭ, позволяют вынести однозначное экспертное решение о «несделкоспособности» подэкспертного. Как правило, необходимо дифференцированно оценить психические изменения как на нозологическом, так и на синдромальном уровне в совокупности с психологическими особенностями лица, в том числе его способности к волеизъявлению.

Особую сложность среди контингента лиц, направленных судами на СПЭ для решения вопроса о сделкоспособности, представляют подэкспертные пожилого возраста, не состоявшие на учете у психиатра, но имевшие в анамнезе различные экзогенные вредности, сосудистые заболевания головного мозга и другую соматическую патологию, что в совокупности обусловило появление органических психических расстройств различной структуры и степени выраженности. Нередко в таких случаях эксперт располагает весьма небольшим объемом объективных сведений. Поэтому в данных случаях проведение комплексных психолого-психиатрических экспертиз с участием при необходимости и врачей других специальностей является необходимым и целесообразным для решения экспертных вопросов. В связи с изложенным выше приводится следующее клиническое наблюдение.

Подэкспертная И., 87 лет, обратилась в суд с иском о признании подписанного ею 2,5 года назад договора купли-продажи дома недействительным. Судом перед экспертами были поставлены вопросы о наличии у И. психического заболевания на момент совершения сделки, о психологических особенностях, препятствовавших ей правильно оценить происходившее, о ее способности понимать значение своих действий и руководить ими при подписании указанного выше договора.

Наследственность у И. психическими заболеваниями не отягощена. Сведения о раннем развитии и перенесенных в детском возрасте заболеваниях крайне скудные. Со слов подэкспертной известно, что в возрасте 7 лет она перенесла «какое-то» заболевание в тяжелой форме, после которого длительное время не могла ходить, отстала от сверстников, посещавших школу, поэтому в школе не обучалась, неграмотна. В подростковом возрасте мать отправила ее к родственникам в город Ч., где ее и застала война. С 1942 по 1945 г. подэкспертная работала на принудительных работах в Германии: в шахте, на военном заводе, подверглась медицинским опытам. После освобождения она вернулась в село, на Украину, работала на различных сельскохозяйственных работах. В возрасте 32 лет она вышла замуж, от брака имеет детей. В дальнейшем, в 42 года получала амбулаторное лечение в ЦРБ с диагнозом: «Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга». Травма головы была получена в быту. Муж подэкспертной злоупотреблял алкогольными напитками, «постоянно изменял», поэтому в 51 год она оформила развод. Работала в колхозе и «поднимала» детей одна. По словам подэкспертной, после возвращения из Германии, где «над ними производили опыты», и перенесенной травмы периодически, «особенно в жару и при сильном волнении», у нее развивались «припадки, падала и теряла сознание». О произошедшем она узнавала в основном со слов окружающих. Обращалась к врачу, но регулярного лечения не получала. В последующем «припадки» прекратились самостоятельно. В 55 лет она находилась на лечении в ЦРБ с диагнозом: «Церебральный атеросклероз. Хроническая недостаточность

мозгового кровообращения II—III ст. Дисциркуляторная энцефалопатия высокой степени с выраженным мнестическим дефицитом, с нарушением функции ходьбы и с невозможностью самообслуживания». Подэкспертная получает пенсию по старости. После аварии на Чернобыльской АЭС продала дом и переехала в Подмосковье, где к этому времени жили три дочери.

В возрасте 66 лет подэкспертная оформила на свое имя договор купли-продажи жилого дома в деревне К. Московской области и вскоре получила Свидетельство о праве собственности на землю. В 82 года подэкспертная оформила завещание на все свое имущество на своих трех дочерей в равных долях каждой, в 84 года подэкспертная заключила договор купли-продажи (купчая) земельного участка с жилым домом с внучкой. Передаточный акт был подписан подэкспертной самостоятельно. Из письменного мнения нотариуса на имя федерального судьи следует, что им был удостоверен договор купли- продажи жилого дома и земельного участка в деревне К. Московской области, для заключения данного договора были представлены все необходимые документы; непосредственно перед заключением договора купли-продажи между И. и ее внучкой была выяснена дееспособность и состояние психического здоровья И., возможность понимать значение своих действий и руководить ими; договор был прочитан вслух, и каждая сторона получила от нотариуса по экземпляру договора; сделка была заключена в соответствии с законом. Подэкспертная продолжала жить в «проданном доме».

Как следует из записей в амбулаторной карте совхозной участковой больницы, подэкспертная за врачебной помощью практически не обращалась. В 86 лет при активном посещении ее на дому предъявляла жалобы на головную боль, головокружение, пошатывание при ходьбе. Указано, что плачет, фиксирована на своих ощущениях. Диагноз: «Цереброваскулярная болезнь. Гипертонический криз. Дисциркуляторная энцефалопатия»; указывалось, что «контакт с больной затруднен, оставлена записка с рекомендациями по уходу и лечению».

Подэкспертная обратилась в Раменский городской суд Московской области с исковым заявлением о признании недействительным договора купли-продажи (купчей) земельного участка с жилым домом и применении последствий недействительной сделки. В исковом заявлении она сообщила, что узнала о продаже своего дома только из налоговой службы по Московской области, у нее этого договора не было; в своем заявлении сообщила, что не имела намерений заключить указанный договор и производить до своей смерти отчуждение своего имущества ни своим родственникам, ни кому бы то ни было еще; в исковом заявлении подэкспертная сообщила, что ее дочь К. предложила ей помощь в оформлении и регистрации ее прав на дом и земельный участок; как поясняет она в исковом заявлении, ей объяснили, что дом необходимо оформить,

чтобы он не достался государству и заверили ее, что дом и участок у нее никто не отберет, все будет оформлено по закону; однако после подписания документов ей стало известно, что дом и участок ей не принадлежат, а их владелицей является внучка.

В исковом заявлении истица указала, что она плохо слышит, плохо видит, плохо владеет русским языком, указанную сделку она могла совершить только в результате обмана и введения ее в заблуждение. За год до подачи иска, как следует из амбулаторной карты, при вызове на дому, предъявляла жалобы на снижение памяти, шум в голове, плохой слух. Диагноз: «Цереброваскулярная болезнь. Атеросклероз сосудов головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия. Декомпенсация. Артериальная гипертензия. Ишемическая болезнь сердца. Кардиосклероз». В последующей врачебной записи через месяц — жалобы на слабость, ухудшение состояния «после перенесенного стресса». Диагноз: прежний. В связи с тем, что в суде истица ссылалась на то, что не имела намерения совершить сделку купли-продажи, а также в силу преклонного возраста, сниженного слуха и зрения, а также неточного владения русским языком, судом было принято решение о проведении амбулаторной психолого-психиатрической экспертизы.

При обследовании И. установлено следующее. *Соматическое состояние.* Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. АД 180/90 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов — возрастные изменения. По меддоку- ментации — цереброваскулярная болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия, артериальная гипертензия. *Неврологическое состояние.* Глазные щели симметричны, скрытая диссинергия взора вверх. Девиация языка влево. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног высокие. Рефлекс Маринеску-Радовичи положительный с двух сторон. Движения замедлены в темпе. Признаки статической атаксии умеренно выраженные. При выполнении координаторных проб падает назад. Походка семенящая, шаркающая. По заключению консультанта-невролога: «Сосудистое поражение головного мозга».

Психическое состояние. Подэкспертная входит неустойчивой, шаркающей походкой. Выражение лица страдальческое, периодически начинает плакать. Во времени ориентирована приблизительно, правильно называет год, сезон. Цель обследования до конца не понимает, говорит, что привезли к врачам. Правильно называет свою фамилию, имя и отчество, возраст, перечисляет имена детей. Жалуется на плохую память: не помнит, что делала утром, куда кладет вещи. В то же время сообщает, что в магазин за хлебом ходит самостоятельно, но сдачу не считает, ей продавец «просто отдает». Утверждает, что в последнее время сама почти не готовит, ест то, что дочь привозит. Наряду с этим охотно рассказывает о прошлом, сообщает подробности жизни в Германии, куда ее угнали во время войны. При

расспросах о причинах, заставивших ее обратиться в суд, начинает плакать. Говорит, что ее обманули, она не понимала, какие бумаги подписывала. Думала, что это все делает дочь, чтобы оформить завещание и разделить всем поровну. Очень обеспокоена тем, что «лишилась дома и может оказаться бомжом». Плачет и успокаивается с большим трудом. Суждения ее довольно примитивные. Мышление замедленное, малопродуктивное. Интеллектуальный уровень низкий, что во многом определяется неграмотностью подэкспертной. В бытовых, повседневных вопросах ориентирована. Отмечаются полиморфные мнестические расстройства: фиксационная, прогрессирующая амнезия. Эмоционально лабильна, плаксива. Психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и пр.) у нее нет. Критическая оценка своего состояния и создавшейся ситуации у нее снижена.

Во время психологического обследования подэкспертная доступна контакту, вместе с тем в беседе с экспериментатором ориентируется на свою дочь, которая присутствует на обследовании, нуждается в ее помощи, поддержке в ответе на вопросы. Инициативы в беседе не проявляет, отвечает лишь на поставленные вопросы, зачастую ссылается на запамятование событий: так, не может назвать имена мужа, соседей, в каком году вышла замуж и пр., но свой возраст называет верно. Говорит, что она «очень тупая, неграмотная, сейчас очень много забываю». Рассказывает, что не умеет читать, писать, считать, зачастую теряется на улице (как говорит подэкспертная, «я блужуся»), забывает о том, что у нее готовится еда («все кастрюли погорели»). Суждения подэкспертной в целом последовательные, однако примитивные; эмоциональные реакции живые, выразительные, непосредственные, соответствуют ситуации обследования и темам беседы, вместе с тем зачастую неустойчивые, лабильные — подэкспертная, вспоминая негативные события своей жизни (военные годы, ее пребывание в лагере военнопленных), плачет, однако быстро успокаивается, переключается с негативных переживаний и вновь продолжает беседу.

В беседе о юридически значимых событиях рассказывает, что ее «обманули хорошо, я же неграмотная совсем». Говорит, что «делала завещание на троих» (своих дочерей, проживающих в России), рассказывает, что к ней приходили дочка с внучкой, дочка сказала: «Давай сделаем на Ленку, она очень хорошая», добавляет, что она «ничего не продавала», «на внучку ничего не оформляла», с ее слов, считала, что подписывала документы, связанные с ранее оформленным ею завещанием. Свое непонимание происходящего аргументирует тем, что она «не могла на одного», «на троих — значит на троих». При этом говорит, что «когда подписывала, давали такие лекарства, могла петь и танцевать». Очень переживает из-за сложившейся ситуации, говорит, что раньше с детьми отношения были хорошими, а сейчас она «судится с детьми», осталась, как «у разбитого

корыта», добавляет, что хочет, чтобы ей «вернули дом», с ее слов, «хотела поджечь дом вместе с собой».

Кроме того, рассказывает, что дочери ее «прогоняли из дома», «отказались от нее», в связи с чем сейчас она «доверяет» только одной дочери (той, что присутствует при настоящем обследовании). Проведение экспериментального исследования существенно затруднено, что обусловлено в первую очередь отсутствием у подэкспертной навыков счета и письма, плохим зрением, что существенно затрудняет предъявление ей наглядного стимульного материала, ряда тестовых заданий, а также выраженной истощаемостью психических функций, сниженными способностями к волевой регуляции мыслительной деятельности, существенными трудностями сосредоточения на экспериментальных заданиях, неустойчивостью произвольного внимания. Вместе с тем при использовании вербальных проб отмечаются выраженные нарушения мнестических функций (как непосредственного механического запоминания, так и кратковременной и долговременной памяти), существенное снижение способности к выполнению основных мыслительных операций обобщения, абстрагирования. Так, подэкспертная способна выделять обобщающие признаки предметов и понятий лишь в самых элементарных заданиях, передает условный смысл лишь простых, общеизвестных метафор и пословиц. Любое, даже незначительное усложнение уровня экспериментальных проб приводит к тому, что подэкспертная не справляется с заданиями. Установление причинно-следственных связей и логических зависимостей подэкспертной недоступно; в целом можно отметить малопродуктивное^ мыслительной деятельности. В личностной сфере подэкспертной на первый план выступают черты зависимости и подверженность влиянию со стороны референтного окружения, несамостоятельность в принятии решений, потребность в поддержке, опеке при возникновении проблем и трудностей, невысокие способности к критической оценке и прогнозу последствий своих действий, а также признаки эмоциональной лабильности, что сопровождается неграмотностью, отсутствием навыков счета, чтения и письма, неосведомленностью даже в элементарных правовых вопросах, снижением сенсорных функций (слуха, зрения).

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании подэкспертная обнаруживает малопродуктивность мыслительной деятельности, выраженные нарушения мнестических функций, а также признаки выраженной истощаемости психических функций, сниженные способности волевой регуляции мыслительной деятельности, существенные трудности сосредоточения на экспериментальных заданиях, неустойчивость произвольного внимания, что сочетается с неграмотностью подэкспертной, отсутствием навыков счета, чтения и письма, неосведомленностью даже в элементарных правовых вопросах, снижением сенсорных функций (слуха,

зрения). Вместе с тем следует отметить, что на фоне выявляемых у подэкспертной при экспериментально-психологическом исследовании с помощью патопсихологических проб выраженных нарушений непосредственного механического запоминания И. обнаруживает сохранную способность воспроизведения событий своей жизни, имеющих для нее особую субъективную значимость (в том числе и касающихся юридически значимой сделки, что подтверждается соответствием данных ею в материалах гражданского дела показаниях и сведений, предъявляемых при настоящем исследовании). В личностной сфере подэкспертной на первый план выступают черты зависимости, подверженность влиянию со стороны референтного окружения, несамостоятельность в принятии решений, потребность в поддержке, опеке при возникновении проблем и трудностей, невысокие способности к критической оценке и прогнозу последствий своих действий, а также признаки эмоциональной лабильности.

Комиссия пришла к заключению, что у И. выявляется органический амнестический синдром в связи со смешанными заболеваниями (F04.8 по МКБ-10), о чем свидетельствуют данные анамнеза о перенесенной черепно-мозговой травме, многочисленных физических вредностях, полученных подэкспертной в период принудительных работ в Германии, наблюдавшихся у нее в последующем в течение нескольких лет пароксизмальных расстройствах, и появление цереброваскуляторной болезни, что обусловило формирование психоорганического синдрома (головная боль, головокружение, эмоциональная неустойчивость, когнитивный дефицит, координаторные нарушения) с преобладанием мнестических расстройств. В пользу указанного диагноза свидетельствуют и данные настоящего психиатрического обследования, выявившего у И. усугубившиеся в условиях судебной ситуации, являющейся для нее психотравмирующей, интеллектуальное снижение с элементами растерянности и преобладанием нарушений памяти в виде фиксационной и прогрессирующей амнезии на фоне полиморфной неврологической симптоматики.

Однако отсутствие достаточных объективных медицинских данных на интересующий суд период не позволило дифференцированно оценить психическое состояние И. и решить вопрос о ее способности понимать значение своих действий и руководить ими в период сделки. В то же время психологом при обследовании И. были выявлены следующие индивидуально-психо- логические особенности: малопродуктивность мыслительной деятельности, выраженные нарушения мнестических функций, а также признаки выраженной истощаемости психических функций, сниженные способности к волевой регуляции мыслительной деятельности, существенные трудности сосредоточения, неустойчивость произвольного внимания, что сочетается с неграмотностью подэкспертной, отсутствием навыков счета, чтения и письма, неосведомленностью в правовых вопросах, снижением сенсорных функций (слуха, зрения) . Наряду

с этим было отмечено, что на фоне выявляемых у подэкспертной выраженных нарушений непосредственного механического запоминания И. обнаруживает сохранную способность воспроизведения событий своей жизни, имеющих для нее особую субъективную значимость (в том числе и касающихся юридически значимой сделки). В личностной сфере подэкспертной на первый план выступают черты зависимости, подверженность влиянию со стороны референтного окружения, несамостоятельность в принятии решений, потребность в поддержке, опеке при возникновении проблем и трудностей, невысокие способности к критической оценке и прогнозу последствий своих действий, а также признаки эмоциональной лабильности. Выявленные у И. индивидуально-психологические особенности оказали существенное влияние на ее поведение в юридически значимый период совершения сделки, нарушали ее способность правильно оценивать сущность совершаемой сделки, понимать значение своих действий и руководить ими, прогнозировать их последствия.

Таким образом, проведенное И. психолого-психиатрическое обследование позволило, несмотря на весьма ограниченные объективные анамнестические данные, ответить на экспертные вопросы. Следует отметить, что органический амнестический синдром диагностируется в экспертной практике довольно редко. Но в данном случае, учитывая, что экзогенные вредности, травматизация и сосудистая патология обусловили преобладание у И. нарушений памяти при отсутствии расстройств сознания, глобальных интеллектуальных нарушений при относительной сохранности критических способностей, комиссия сочла целесообразным остановиться на данном диагнозе. В то же время представляется неправомерным экстраполировать особенности психического состояния И. на интересующий суд период и однозначно ответить на вопрос о ее сделкоспособности, ориентируясь на медицинский критерий. Наряду с этим очевидно значение психологического исследования. Как правило, индивидуально-психологические особенности не подвержены выраженным изменениям за относительно небольшой промежуток времени (у И. — 2,5 года) в отличие от психического состояния. Поэтому комиссионное экспертное решение о сделкоспособности в данном случае с И. базируется на данных психологического исследования.

В ГК нет такой нормы, как «ограниченная сделкоспособность» (в отличие от УК, где имеется «ограниченная вменяемость»). Однако в ст. 178 и 179 ГК закреплены иные основания признания сделки недействительной. Так, в п. 1 ст. 178 ГК говорится, что сделка, совершенная под влиянием заблуждения, имеющего существенное значение, может быть признана судом недействительной по иску стороны, действовавшей под влиянием заблуждения, в п. 1 ст. 179 ГК указывается, что сделка, совершенная под влиянием обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителя одной стороны с другой стороной, а также сделка, которую лицо было вынуждено совершить вследствие стечения тяжелых

обстоятельств на крайне невыгодных для себя условиях, чем другая сторона воспользовалась (кабальная сделка), может быть признана судом недействительной по иску потерпевшего.

В этих статьях юридическая квалификация «заблуждения» или «стечения тяжелых обстоятельств, угрозы, обмана и т.д.» подразумевает наличие порока воли, установление которого прерогатива суда. Некоторыми авторами [Сахнова, 2000] высказывается мнение о том, что оценка психологических и психических особенностей, которые являются содержательной стороной порока воли и влияют на возникновение заблуждения или обмана, входит в компетенцию КСППЭ.

В последние годы отмечается рост КСППЭ по гражданским делам. По данным НМИЦПН им. В. П. Сербского, в настоящее время около

20% всех экспертиз, назначаемых по делам о признании сделки недействительной, являются комплексными психолого-психиатрическими, и эта цифра продолжает расти.

Изменения психики (психопатологического либо психологического характера), которые ограничивают способность свободного волеизъявления, могут рассматриваться как медицинский или психологический экспертный критерий для юридических норм указанных статей ГК. При отсутствии психической патологии основой экспертных выводов становятся определяемые экспертом-психологом юридически значимые индивидуально-психологические качества, особенности эмоциональной сферы и т.д.

При производстве экспертиз в рамках КСППЭ по гражданским делам о признании сделки недействительной в соответствии со ст. 178 и 179 ГК к психологу могут быть сформулированы следующие вопросы.

Имеются ли у подэкспертного такие индивидуально-психологические особенности, которые могли оказать существенное влияние на смысловое восприятие и оценку существа сделки и привели к формированию у него заблуждения относительно существа или природы сделки?

Не находился ли подэкспертный в таком эмоциональном состоянии, которое могло оказать существенное влияние на смысловое восприятие и оценку существа сделки и привело к формированию у него заблуждения относительно существа или природы сделки?

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам, связанным с защитой детей

Экспертизы по гражданским делам согласно СК подразделяются на две категории. К первой относятся экспертизы, связанные с защитой интересов детей при бракоразводных процессах, когда решаются вопросы о месте

проживания ребенка, участии родителей в его воспитании; ко второй относятся экспертизы, связанные с делами о защите прав и интересов детей, неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по их воспитанию, жестоким обращением с детьми.

Согласно СК (ст. 63, п. 1 ст. 65) родители имеют преимущественное право на воспитание детей перед другими лицами, но они «не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию».

Место жительства детей при раздельном проживании родителей устанавливается соглашением родителей. При отсутствии соглашения спор между родителями разрешается судом, исходя из интересов и с учетом мнения детей. Суд учитывает *нравственные и иные личные качества родителей, отношения, существующие между каждым из родителей и ребенком,* привязанность ребенка к каждому из родителей, братьям и сестрам, возраст ребенка, возможность создания ребенку условий для воспитания и развития (род деятельности, режим работы родителей, материальное и семейное положение родителей и др.) (ст. 65 СК).

Согласно ст. 66 СК родитель, проживающий отдельно от ребенка, имеет право на общение с ним, участие в его воспитании и решении вопросов получения ребенком образования. Родитель, с которым проживает ребенок, не должен препятствовать его общению с другим родителем, если такое общение не причиняет вред физическому и психическому здоровью ребенка, его нравственному развитию.

Суд с учетом интересов ребенка может принять решение об ограничении родительских прав и отобрании ребенка у родителей или одного из них без лишения их родительских прав. Ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителем (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей (одного из них) не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств и др. (ст. 73 СК).

Родители (один из них) могут быть лишены родительских прав в случае, если они:

- • уклоняются от выполнения обязанностей родителей;
- • отказываются без уважительных причин взять своего ребенка из родильного дома либо из иного лечебного, воспитательного учреждения, учреждения социальной защиты;
- • злоупотребляют своими родительскими правами;
- • жестоко обращаются с детьми, в том числе осуществляют физическое и психическое насилие над ними, покушаются на их половую неприкосновенность;
- • больны хроническим алкоголизмом или наркоманией;

- • совершили умышленное преступление против жизни или здоровья своих детей либо против жизни или здоровья супруга (ст. 69 СК).

Таким образом, к спорам о праве на воспитание детей относятся следующие категории дел:

- • о воспитании детей после расторжения брака между родителями (ст. 24 СК);
- • об участии отдельно проживающего родителя в воспитании детей, когда сами родители не пришли к соглашению по этому вопросу (п. 2 ст. 66);
- • о месте жительства детей при раздельном проживании родителей (ст. 65);
- • об отобрании ребенка без лишения родительских прав (ст. 73);
- • о восстановлении в родительских правах (ст. 72);
- • лишении родительских прав (ст. 69 СК).

Суд при рассмотрении споров руководствуется прежде всего интересами ребенка, независимо от категории дел. При спорах о праве на воспитание устанавливается соответствие интересам детей того или иного действия: передачи ребенка от одного родителя к другому, определения места проживания ребенка с конкретным родителем, ограничения родительских прав, лишения родительских прав и восстановления в родительских правах.

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам, связанным с воспитанием детей после расторжения брака (ст. 24, п. 3 ст. 65, ст. 66 СК).

В тех случаях, когда между супругами отсутствует соглашение или в нем нарушены интересы детей, суд на основании представленных доказательств должен определить, с кем из родителей будут проживать несовершеннолетние дети после развода. Решение вопроса о месте их проживания принимается с учетом мнения ребенка, достигшего 10 лет (ст. 57 и 65 СК).

Предметом экспертного исследования в указанных случаях является оценка возрастного психического развития ребенка, динамики его психического состояния в зависимости от особенностей семейного воспитания, а также влияние на его психическое состояние поведения и отношения к нему каждого из родителей. Такие экспертные исследования проводятся с обязательным участием психологов. Они способствуют защите интересов и охране физического и психического здоровья ребенка, особенно в случаях конфликтных отношений между родителями. Подобные экспертизы пока немногочисленны, но отмечается постепенное увеличение их количества. Результаты экспертного исследования позволяют выяснить обстоятельства, необходимые для вынесения судебного решения. В этих случаях

целесообразно проводить комплексные психолого-психиатрические экспертизы.

При данном психолого-психиатрическом экспертном исследовании оцениваются следующие обстоятельства:

- • индивидуально-психологические особенности и поведение родителей, оказывающие влияние на психическое состояние и развитие детей;
- • привязанности ребенка к каждому из родителей с учетом его возраста и психического развития;
- • особенности психического состояния и возрастного психического развития ребенка в связи с динамикой семейного конфликта.

Оценка выделенных для исследования обстоятельств осуществляется поэтапно. В разработку методологии этапов исследования и вопросов, требующих разрешения на каждом из них, существенный вклад внесли судебные психологи (в том числе Ф. С. Сафуанов).

На *первом этапе* комплексного психолого-психиатрического экспертного исследования судебный эксперт-психолог дает оценку индивидуально-психологических особенностей, личностных свойств матери, отца, другого фактического воспитателя ребенка или членов семьи, эмоционально значимых для ребенка, а также оценку индивидуальнопсихологических особенностей ребенка, уровня и особенностей его возрастного психического развития. Судебный эксперт-психиатр дает оценку возможных психических расстройств у фактических воспитателей ребенка, а также устанавливает у ребенка возможные признаки психического дизонтогенеза или аномального возрастного развития.

На *втором этапе* судебный эксперт-психолог дает психологическую оценку конфликтных отношений между родителями, выявляет психологические признаки их остроты, тяжести и длительности, а также оценивает характер их влияния на индивидуально-психологические свойства ребенка, отношения ребенка с каждым из родителей (его привязанность к ним). Судебный эксперт-психиатр оценивает причинную связь между выделенным психологом семейным конфликтом, индивидуально-психологическими особенностями родителей и формированием у ребенка нарушений возрастного психического развития (психического дизонтогенеза) и (или) психических расстройств.

Третий этап предусматривает экспертную прогностическую оценку экспертом-психологом психического развития ребенка и (или) динамики выявляемых психических расстройств с учетом индивидуальнопсихологических особенностей каждого из родителей и особенностей их психического состояния (психические расстройства и недостатки). Судебный эксперт-психиатр дает прогностическую оценку

негативного влияния на психическое состояние и особенности психического развития ребенка аномальных условий воспитания, обусловленных особенностями психического состояния родителей (психические расстройства и недостатки).

Подобная структура экспертного исследования объясняется тем, что между индивидуально-психологическими свойствами взрослых членов семьи, психологическими особенностями семейного конфликта и формированием индивидуально-психологических черт ребенка, возникновением нарушений его возрастного психического развития и собственно психических расстройств, обусловленных семейным стрессом, существуют причинно-следственные связи. Чем меньше возраст ребенка и продолжительнее и тяжелее протекает семейный конфликт, тем более выраженным является его деформирующее влияние на следующие составляющие психологического развития и психического здоровья ребенка:

- • индивидуально-психологические и личностные свойства;
- • нарушения возрастного психического развития в виде его задержки или дисгармонии;
- • нарушения психического здоровья с формированием обусловленных семейным конфликтом психических расстройств.

Комплексная экспертная оценка усложняется в случаях, когда стрессовый для ребенка семейный конфликт определяется патологическими личностными свойствами одного из родителей и сопровождается неадаптивными воспитательными стилями, включая жестокое обращение, противоречивые и непоследовательные воспитательные требования, игнорирование потребностей ребенка в уходе и воспитании. Еще более усложняет оценку наличие у ребенка признаков отклонения возрастного психического развития (психический дизонтогенез) или какого- либо психического расстройства, отмечавшихся еще до возникновения семейного конфликта. В таких случаях появляется необходимость оценки патологической почвы, которая повышает психическую лабильность и восприимчивость ребенком семейного конфликта.

Методические и экспертные особенности комплексного психологопсихиатрического исследования можно проиллюстрировать следующими примерами.

В случаях когда родители сами не приходят к согласию, то спор между ними о месте проживания детей и об участии в воспитании ребенка отдельно проживающего родителя рассматривается в суде (ст. 24 и 65 СК). Если установлено, что соглашение между супругами «нарушает интересы ребенка или одного из супругов, суд обязан определить, с кем из родителей будут проживать несовершеннолетние дети» (п. 2 ст. 24 СК). Каждая из сторон в

таких случаях считает, что именно она наилучшим образом обеспечивает необходимые условия воспитания. Каждая из сторон представляет доказательства, характеризующие индивидуально-психологические особенности или особенности психического состояния как одной из сторон, так и ребенка, которые осложняют условия воспитания и развития последнего. Подобные доказательства требуют экспертного психологического и клинического (психиатрического) исследования.

Предметом экспертного психиатрического исследования являются: оценка психического состояния каждой из спорящих сторон в процессе; оценка психического состояния, психических расстройств, развившихся в связи с семейным конфликтом, и патологически обусловленных нарушений возрастного психического развития у ребенка.

Для КСППЭ при семейных спорах о воспитании, месте проживания ребенка судом, как правило, формулируются следующие вопросы.

- 1. *Не страдает ли мать (отец, другой фактический воспитатель*) *каким-либо психическим расстройством?*
- 2. *Не страдает ли ребенок каким-либо психическим расстройством или нарушением психического развития болезненного характера?*
- 3. *Имеются ли у ребенка психические расстройства (нарушения психического развития болезненного характера*), *обусловленные семейным конфликтом?*
- 4. *Каковы индивидуально-психологические особенности матери* (*отца, другого фактического воспитателя)?*
- 5. *Каковы индивидуально-психологические особенности ребенка?*
- 6. *Каково психологическое отношение ребенка (его привязанность*) к *матери, отцу (другим эмоционально значимым для ребенка членам семьи*) ?
- 7. *Могут ли особенности психического состояния (если есть психические расстройства и недостатки), индивидуально-психологические особенности матери (отца, другого фактического воспитателя) оказать негативное влияние на психическое состояние и особенности психического развития ребенка?*

Для установления указанных признаков, а также констатации причинно-следственных связей между психическим состоянием, уровнем развития ребенка и семейным конфликтом, характером общения ребенка с каждым из родителей в материалах гражданского дела должны быть достаточные основания. Вопросы о целесообразности проживания ребенка с кем-либо из родителей или того либо иного порядка участия в воспитании ребенка отдельно проживающего родителя не входят в сферу компетенции экспертов и являются прерогативой суда (п. 3 ст. 65 СК). При этом суд исходит из интересов ребенка и учета его мнения.

Судебно-психиатрическая экспертиза в связи с ограничением родительских прав (ст. 73 СК).

Семейный кодекс регламентирует права и обязанности родителей. Так, ст. 65 СК определяет, что при их осуществлении родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей. Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам детей, несут ответственность в установленном законом порядке. Одним из способов оградить ребенка от агрессивных или иных указанных в законе неправомерных действий со стороны родителей является ограничение родительских прав лиц с психическими расстройствами, проявляющих жестокость в отношении детей.

Случаи агрессивного и жестокого обращения с детьми чаще наблюдаются в семьях, где родители страдают психическими расстройствами. Наиболее значимы среди них нетяжелые формы органического психического расстройства и личностные расстройства, как правило, сочетающиеся с зависимостью от ПАВ. Жестокое, агрессивное поведение в отношении детей может определяться также психотической (бредовой) мотивацией. По данным ряда ученых, жертвами агрессии женщин с тяжелыми психическими расстройствами обычно становятся их родственники, а дети составляют особую группу риска [Криминальная агрессия женщин..., 2003].

В соответствии со ст. 56 СК ребенок имеет право на защиту своих прав и законных интересов. Защита прав и законных интересов ребенка осуществляется родителями (фактическими воспитателями), а также органами опеки и попечительства, прокурором и судом. При этом ребенок до 14 лет вправе самостоятельно обращаться за защитой в орган опеки и попечительства, а по достижении 14 лет — в суд. Должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, нарушении его законных прав и интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. При получении таких сведений орган опеки и попечительства обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребенка. Таким образом, действующее законодательство предусматривает защиту интересов ребенка в обязательном порядке, возлагая исполнение этой нормы на органы опеки и попечительства. Меры защиты детей, подвергающихся жестокому обращению, — одновременно меры профилактики противоправных действий в отношении детей. Таковыми являются:

- • отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью в соответствии со ст. 77 СК. С учетом интересов ребенка суд может принять решение об отобрании ребенка у родителей без лишения их родительских прав;
- • госпитализация родителя (матери, отца) в соответствии с Законом о психиатрической помощи осуществляется в недобровольном порядке в случаях, когда пребывание с ним представляет для ребенка опасность;
- • ограничение родительских прав в соответствии со ст. 73 СК;
- • лишение родительских прав согласно ст. 69 СК.

В соответствии со ст. 77 СК: «При непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится» (п. 1). Данная статья предназначена для тех случаев, когда возникает опасность для ребенка со стороны родителей (фактических воспитателей). При этом не имеет значения, наступили или нет негативные последствия такой опасности. Использовать указанную меру защиты прав и интересов ребенка могут только органы опеки и попечительства, для которых выполнение этой меры является обязанностью. Они обязаны отобрать ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью не только у родителей, но и у других лиц, на попечении которых ребенок находится. Отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью предполагает принудительное изъятие ребенка у родителей.

Правовым основанием такого отобрания является постановление органа местного самоуправления. В основу постановления ложится акт обследования условий жизни ребенка, составленный по фактическому месту его нахождения и подписанный представителем органа опеки и попечительства. В постановлении излагаются факты пребывания несовершеннолетнего в опасной для его жизни и здоровья обстановке и дается указание о его немедленном отобрании.

Существует установленная последовательность действий по охране прав отобранного в административном порядке несовершеннолетнего:

- • незамедлительное уведомление прокурора; в необходимых случаях прокурором решается вопрос о возбуждении уголовного дела в отношении родителей (лиц, их замещающих);
- • временное устройство отобранного ребенка в воспитательные, лечебные учреждения, учреждения социальной защиты;
- • предъявление иска в суд об ограничении в родительских правах или о лишении родительских прав.

Если такая опасность касается ребенка, находящегося на попечении детского воспитательного, медицинского учреждения, учреждения социальной защиты, он должен быть переведен в другое соответствующее учреждение.

Таким образом, ограничение родительских прав лиц с психическими расстройствами применяется в том случае, если оставление с ними ребенка представляет опасность для последнего (ст. 73 СК). Опасность может быть связана не только с агрессивным поведением родителя в отношении ребенка, но и с оставлением его в беспомощном состоянии.

Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близкими родственниками ребенка, органами опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних, дошкольными и образовательными учреждениями.

Данная правовая норма реализуется только в порядке судебного разбирательства с участием прокурора и органа опеки и попечительства. В подобных случаях возникает необходимость проведения СПЭ.

Цель СПЭ — определение вероятности совершения опасного действия одним из родителей в отношении ребенка.

Задачами СПЭ являются:

- 1) установление психического расстройства и оценка его тяжести;
- 2) определение опасности лица с учетом его психического состояния.

Вопросы об ограничении контактов детей с матерями, подвергавшихся с их стороны жестокому обращению, должны решаться дифференцированно, с учетом совокупности клинических и социально-психологических факторов. В качестве факторов риска опасного поведения можно выделить психопатологические состояния и социально-психологические факторы.

Психопатологические состояния:

- • психопатоподобные синдромы с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений;
- • депрессивные состояния с бредом самообвинения (риск совершения «расширенного самоубийства»);
- • маниакальные и гипоманиакальные состояния с общей растор-моженностью;
- • бредовые синдромы преследования, ревности, воздействия (бредовая месть, бредовая защита, религиозный бред);
- • психотические состояния, сопровождающиеся агрессивностью и имеющие тенденцию к частому возобновлению.

Социально-психологические факторы:

- • склонность к систематическому злоупотреблению алкоголем и наркотическими средствами;
- • проявление социальной дезадаптации в виде отсутствия трудовой занятости, материальной обеспеченности с жилищно-бытовой неустроенностью, семейным неблагополучием, подверженностью асоциальному влиянию со стороны других лиц;
- • склонность к совершению противоправных действий.

Для решения данных экспертных задач перед судебным экспертом-психиатром формулируются следующие вопросы.

- 1. *Страдает ли мать (отец) каким-либо психическим расстройством?*
- 2. *Представляет ли данное лицо по своему психическому состоянию опасность для ребенка, учитывая характер психических расстройств и прогноз течения заболевания?*

Таким образом, своевременное применение норм, связанных с изоляцией ребенка от матери с психическими расстройствами, которая представляет для него опасность, является профилактическим мероприятием по предотвращению тяжких правонарушений в отношении детей.

Лишение родительских прав в соответствии со ст. 69 СК предусматривает другой подход. Он заключается в том, что наряду с различными формами злоупотребления родителями своими правами, злостного уклонения от выполнения родительских обязанностей, жестокого обращения с детьми и насилия над ними по разделу лишения родительских прав значимым для законодателя является только один вид психических расстройств, связанный с хроническим алкоголизмом и наркоманией.

Обязательность проведения судебно-психиатрической, наркологической экспертизы в этом случае законодателем не предусмотрена, и достаточным является комиссионное заключение психиатра-нарко- лога о формировании у лица, в отношении которого решается вопрос о лишении его родительских прав, зависимости от алкоголя или наркотических средств.

Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о компенсации морального вреда

Становление институтов гражданского общества, построение правового государства диктует необходимость обеспечения справедливого и эффективного восстановления нарушенного права гражданина. Одним из инструментов защиты прав человека является институт компенсации морального вреда, причиненного преступлением или иными действиями,

посягающими на личные, неимущественные права гражданина или иные принадлежащие ему нематериальные блага.

ГК. Компенсация морального вреда

Если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред.

В Комментариях к ГК говорится, что под моральным неимущественным вредом закон подразумевает «физические и нравственные страдания», причиненные действиями, посягающими на личные, неимущественные права (право на имя, право авторства и др.) либо на принадлежащие гражданину нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация и пр.).

Физические страдания могут быть обусловлены увечьем, иным повреждением здоровья или заболеванием, возникающим в результате пережитых нравственных страданий.

Нравственные страдания могут возникнуть в связи с утратой родных и близких, невозможностью продолжить активное социальное функционирование, образовать семью, вынужденным изменением образа жизни, распространением сведений, не соответствующих действительности, временным ограничением или лишением каких-либо прав.

Согласно постановлению Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» при решении вопроса о компенсации морального вреда суду необходимо выяснить, чем подтверждается факт причинения потерпевшему нравственных или физических страданий. В качестве одного из таких доказательств могут выступать судебные экспертные исследования. В литературе высказываются противоположные точки зрения относительно необходимости СПЭ с участием психиатра и психолога при рассмотрении дел о компенсации морального вреда — от полного отрицания потребности в таком экспертном исследовании до утверждения необходимости проведения его во всех случаях при рассмотрении данной категории дел. Недостаточная разработанность проблемы и методологии подобных экспертных

исследований определяет редкость проведения КСППЭ для установления нравственных и физических страданий лица по подобным делам. Обычно круг доказательств, имеющихся в распоряжении суда, ограничивается использованием иных письменных документов (больничных листов, медицинских заключений, справок, подтверждающих обращение за медицинской помощью), исходящих от медицинских учреждений, врачей-психиатров и иных специалистов. Возможна также дача свидетельских показаний врачом в судебном заседании.

Вместе с тем ст. 151 ГК не исключает возможности проведения судебно-психиатрических и судебно-психологических экспертных исследований. Физические страдания, связанные с повреждением здоровья или заболеванием, возникшим в результате пережитых нравственных страданий, и нравственные страдания, возникающие в связи с утратой родных и близких и прочими личностно значимыми факторами, с точки зрения психиатрии следует рассматривать как психогенные, стрессовые воздействия, которые могут повлечь за собой развитие психических расстройств.

Законодатель определяет, что при установлении степени физических и нравственных страданий необходима оценка их связи с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред, и это составляет область специальных познаний эксперта-психолога. Вместе с тем методологические принципы проведения таких экспертных исследований (в комплексном или однородном вариантах) на сегодняшний день не разработаны, не определены их предмет, цели и задачи.

Согласно ст. 151 ГК к компетенции суда относится исследование следующих вопросов:

- 1) установление самого факта причинения гражданину морального вреда;
- 2) при условии причинения гражданину морального вреда определение степени его нравственных и физических страданий;
- 3) установление степени вины нарушителя;
- 4) определение размеров компенсации морального вреда.

Одни юристы считают, что возможно проведение судебной экспертизы при возникновении затруднений у суда по первым двум вопросам [Сахнова, 1997], другие высказывают мнение, что помощь эксперта может быть необходима и для решения четвертого вопроса.

После установления судом факта причинения морального вреда может возникнуть необходимость определения степени влияния физических и нравственных страданий на психическое состояние пострадавшего лица и на их преломление в свойственных ему индивидуальнопсихологических и личностных свойствах, поскольку закон указывает, что на степень

выраженности страданий значительно влияют индивидуальные особенности гражданина. Эти аспекты и определяют наиболее адекватную форму экспертного исследования в виде КСППЭ.

Предметом КСППЭ по делам о компенсации морального вреда является определение обусловленных физическими и нравственными страданиями нарушений психического состояния пострадавшего лица с учетом его индивидуально-психологических, личностных свойств.

Нравственные и физические (помимо собственно увечья) страдания могут вызывать у пострадавшего лица различные по степени выраженности изменения психического (психосоматического) состояния:

- 1) психогенные психические расстройства различной степени выраженности;
- 2) обусловленные нравственными и физическими страданиями такие изменения психического состояния, которые в свою очередь вызывают (провоцируют) вторичные соматические («психосоматические») расстройства;
- 3) психические реакции (нарушения адаптации) доболезненного уровня.

Кроме того, важен также учет индивидуально-психологических особенностей и личностных свойств пострадавшего лица, которые могут быть фактором, усиливающим моральные страдания потерпевшего. Это входит в компетенцию судебного эксперта-психолога.

Выделенные клинико-психологические аспекты «нравственных и физических страданий» определяют следующие *задачи* судебной экспертизы с участием психологов и психиатров:

- 1) определение психического состояния подэкспертного (диагностика психического расстройства, в том числе существовавшего до психотравмирующего стрессового события и углубившегося по степени тяжести в результате его воздействия);
- 2) установление степени выраженности неболезненных изменений психического состояния с учетом индивидуально-психологических особенностей и личностных свойств пострадавшего;
- 3) определение динамических особенностей изменения психического состояния (стойкость или обратимость, длительность);
- 4) установление причинно-следственной связи между причинением вреда (психотравмирующим воздействием) и возникновением и развитием психического расстройства или неболезненных изменений психического состояния.

Задачи КСППЭ решаются через постановку вопросов.

Вопросы к судебному эксперту-психиатру:

- 1. *Имеются ли у подэкспертного какие-либо психические расстройства и если да, то когда они возникли?*
- 1. *Есть ли причинная связь между имеющимися у подэкспертного психическими расстройствами и действиями, причинившими моральный вред в виде физических или нравственных страданий?*

Вопросы к судебному эксперту-психологу:

Имеются ли у подэкспертного индивидуально-психологические особенности, которые могли усугубить глубину и длительность субъективного переживания подэкспертным событий, содержащихся в деле?

Итак, определение морального вреда в виде нравственных и физических страданий истца и его компенсация являются прерогативой суда, а для установления обстоятельств, необходимых для доказательства степени нравственных и физических страданий, имеют значение выводы КСППЭ, так как в них отражаются клинико-психопатологические и психологические содержательные компоненты категории морального вреда.

Вопросы и задания для самоконтроля

Сформулируйте, что такое правоспособность, дееспособность, недееспособность, ограниченная дееспособность.

В чем заключаются права граждан, в отношении которых ведется производство о признании их недееспособными, и лиц, признанных недееспособными?

Каковы цель и задачи судебно-психиатрической экспертизы по делам о признании недееспособным? Каковы правовые последствия признания лица недееспособным?

Назовите клинические и социальные критерии, использующиеся при оценке способности лица понимать значение своих действий и руководить ими (ст. 29 ГК).

Назовите особенности судебно-психиатрической экспертизы по определению недееспособности больных с органическими психическими расстройствами.

В чем заключается специфика судебно-психиатрической экспертизы по определению недееспособности больных шизофренией?

Каковы особенности судебно-психиатрической экспертизы по определению недееспособности лиц, страдающих умственной отсталостью?

Сформулируйте задачи судебно-психиатрической экспертизы лиц, совершивших сделки.

Определите специфику судебно-психиатрической экспертизы по делам, связанным с защитой детей.

Литература

Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М., 1984.

Зейгер М. В., Сафуанов Ф. С. Актуальные проблемы определения меры недееспособности субъекта с психическим расстройством // Юридическая психология. 2014. №2. С. 7—11.

Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации. Часть первая: учебно-практический комментарий (постатейный) / Е. Н. Абрамова, Н. Н. Аверченко, Ю. В. Байгушева [и др.] ; под ред. А. П. Сергеева. М. : Проспект, 2010.

Медицинская и судебная психология : курс лекций / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. 4-е изд., испр. и доп. М. : Генезис, 2016.

Морозов Г. В., Рожнов В. Е., Бабаян Э. А. Алкоголизм : руководство для врачей. М., 1983.

Мохонъко А. Р., Макушкин Е. В., Муганцева Л. А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2015 г. : аналитический обзор. М., 2016.

Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 1993

Руководство по судебной психиатрии : практ. пособие / под ред. А. А. Ткаченко. 2-е изд. перераб. и доп., 2017.

Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза : учебник для вузов. 2-е изд. перераб. и доп., 2017.

Сафуанов Ф. С., Харитонова Н. К., Зейгер М. В. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам по делам об ограничении дееспособности вследствие психического расстройства: проблемы и перспективы // Российский психиатрический журнал. 2016. № 2. С. 37—44.

Сахнова Т. В. Основы судебно-психологической экспертизы по гражданским делам : учеб, пособие. М., 1997.

Сахнова Т. В. Судебная экспертиза. М., 2000.

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе / Т. Б. Дмитриева [и др.]. СПб. : Юридический центр «Пресс», 2003.

Ткаченко А. А., КорзунД. Н. Судебно-психиатрическая экспертиза. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Харитонова Н. К., Русаковская О. А., Королева Е. В., Васянина В. И. Проблема ограниченной дееспособности в России и за рубежом. Аналитический обзор. М. : ФГБУ «ФМИЦНП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016.

MarsonD. C., SawrieS., SnyderS., MclnturffB., StalveyT., Boothe A. etal. Ahssessing financial capacity in patients with Alzheimer's disease: A conceptual model and prototype instrument. Archives of Neurology. (2000). 57: 877—884.

Marson D. C., Savage R., Phillips J. Financial Capacity in Persons with Schizophrenia and Serious Mental Illness: Clinical and Research Ethics Aspects. Schizophr. Bull (2006) 32 (1): 81—91.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • правовые и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе;
- • виды судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе;

уметь

- • определять основные задачи судебно-психиатрических экспертных исследований в уголовном процессе;
- • устанавливать специфику каждого вида судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе;
- • выделять основные юридически значимые психические расстройства при судебно-психиатрических экспертизах в уголовном процессе;

владеть

• навыками формулирования задач для их решения в рамках судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе и оценки экспертных заключений.

Вменяемость, невменяемость, ограниченная вменяемость

Поведение человека должно соотноситься с нормами закона, поэтому гражданин, являясь субъектом права, должен иметь способность понимать содержащиеся в законе разрешения и запреты и в соответствии с этим регулировать свое поведение. Он должен обладать способностью адекватно оценивать обстановку, в которой осуществляются его поступки, осознавать их сущность и быть в состоянии их регулировать.

Эти условия, позволяющие гражданину быть субъектом права, конкретизируются в категории вменяемости. *Вменяемость* есть способность лица понимать совершаемое им и руководить своими действиями. Говоря о вменяемости, мы оперируем психологическими категориями, поэтому проблема вменяемости рассматривается через традиционное в психологии деление психики на три основные сферы — интеллектуальную (когнитивную), эмоциональную (аффективную) и поведенческую (волевую, мотивационную). Причем последняя находится под непосредственным управлением двух предыдущих. Вменяемость отражает уровень требований к качественным характеристикам психики субъекта (т.е. к степени сохранности указанных выше сфер психики, прежде всего интеллектуального и волевого компонентов, что закреплено в законодательстве), который позволяет возложить на субъекта уголовную ответственность в случае нарушения им уголовно-правового запрета, т.е. при совершении им деяния, предусмотренного Особенной частью УК.

Вменяемость является одним из обязательных условий (наряду с возрастом наступления ответственности) ответственности субъекта преступления. Вменяемым считается любое лицо, достигшее возраста наступления уголовной ответственности[1] и не страдавшее в период совершения правонарушения тяжелым психическим расстройством. Наличие такого расстройства влечет за собой невменяемость субъекта и освобождение его от уголовной ответственности. Невменяемость свидетельствует об отсутствии субъекта, а с ним и состава преступления. Невменяемый — субъект не преступления, а общественно опасного деяния, признаки которого предусмотрены Особенной частью УК. Поскольку на невменяемого нельзя возложить уголовную ответственность, к нему неприменимо наказание как средство реализации этой ответственности. К нему могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Судебная психиатрия обращается к правовым категориям вменяемости и невменяемости, поскольку болезненные нарушения психики могут

обусловливать невменяемость. Причем наличие психического расстройства и степень его влияния на способность лица к регуляции своего правового поведения устанавливается в ходе производства по уголовному делу путем проведения судебно-психиатрического экспертного исследования. Экспертизы, назначаемые в связи с сомнениями во вменяемости обвиняемого, составляют около 90% всех проводимых судебно-психиатрических экспертиз, а большинство пациентов, находящихся на принудительном лечении, — это лица, признанные судом невменяемыми.

Теоретической основой юридических категорий вменяемости и невменяемости выступает философское учение о свободе воли. Если рассматривать данную проблему в более узком контексте, применительно к задачам судебной психиатрии, то проблема правового и противоправного поведения является междисциплинарной и находится на стыке биологии, психиатрии и психологии. Причем психологический аспект противоправного поведения представляется наиболее многогранным, поскольку имеет целый ряд аспектов — индивидуально-личностных, социально-психологических, социокультуральных.

Особую проблему представляет противоправное поведение у лиц с психическими расстройствами, поскольку в систему «личность — ситуация» вмешивается психопатологический фактор, который искажает систему личностной регуляции и может быть причиной совершения правонарушения. Разумеется, наиболее значима роль психопатологического фактора в совершении противоправных действий у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, однако и менее тяжелые психические нарушения (не исключающие вменяемости) так или иначе отражаются в противоправном поведении, хотя при этом сохраняется ведущая роль личностных, индивидуально-психологических механизмов регуляции. Велико влияние и социально-психологических, культуральных факторов (т.е. норм и моделей поведения, общепринятых в данной социальной общности, среде) в формировании правового поведения. Они в значительной степени определяют морально-этическое отношение к возможности совершения противоправных действий, потенциальную готовность к противоправному поведению, понятие о его нормативности или ненормативности, принятые в данной культуре формы реагирования на те или иные жизненные ситуации. Другими словами, осмысление жизненных проблем, тяжести преступления и степени наказания, а также прочие вопросы решаются людьми в зависимости от их социокультуральных особенностей, социально- экономических характеристик, религиозного и идеологического мировоззрения, которые являются важными факторами в формировании правового поведения.

На роль социально-психологических переменных в регуляции правового поведения указывали многие авторы. Так, К. Лоренц (2001) (применительно к проблеме агрессии) определяет роль поведенческих стереотипов

(«культурной ритуализации»), складывающихся в определенной социокультурной среде. При этом ритуализированные формы поведения (К. Лоренц также обозначает их как «манеры») формируются в определенных социальных общностях и носят, как правило, неосознанный характер. Согласно К. Лоренцу групповые поведенческие стереотипы, формирующиеся в определенных социальных общностях, носят адаптивный характер, способствуют социализации личности и служат фактором профилактики агрессивного поведения.

Вместе с тем внешние нормативные требования (правовые, общие для всех), несмотря на свою понятность и обыденность, требуют более осознанного отношения. Как указывает Х. Хекхаузен (1986), «нормативные стандарты, определяющие... что человек считает дозволенным и недозволенным, регулируют его действия не автоматически. Чтобы стандарты самооценочного характера оказались действенными, на них должно быть направлено внимание субъекта, т.е. должно возникнуть состояние так называемой “объективации самосознания”, наблюдаемое, когда внимание обращается на какие-либо части или атрибуты себя самого, например, когда человек видит себя в зеркале». Таким образом, мы видим два уровня регуляции, которые выполняют сдерживающие функции в плане формирования правового поведения, — поведенческие нормы и стереотипы («культурные ритуалы»), складывающиеся внутри определенных социальных общностей и групп, имеющие преимущественно неосознаваемый характер и нормативные стандарты (в том числе изложенные в действующем законодательстве), не связанные с общинной идентификацией и требующие даже в критической жизненной ситуации «объективизации самосознания». Как указывает Б. Д. Парыгин (1999), «за принадлежностью индивида к той или иной общности или группе общностей стоит определенная программа предписанного извне поведения, которое находит выражение в системе требований, норм, правил и шаблонов деятельности». Представляется очевидным, что часть подобных правил и предписаний связана с общими для всех социальными нормами, другая формируется в процессе развития в определенной социокультуральной среде и диктуется нормами поведения, принятыми в определенных общностях, хотя и связанных с широким социальным контекстом, однако обладающих определенной автономией.

Итак, культурально детерминированные звенья психической деятельности являются просоциальными регулятивными факторами, способствующими социальной адаптации индивида и служащими мерами профилактики совершения противоправных действий. Можно выделить два пласта социально детерминированных психологических явлений, которые влияют на регуляцию правового поведения. Первый пласт — внешние нормы и ограничения, «общечеловеческие», «общие для всех», связанные с общими правилами, законами, социальными регламентациями. Они носят осознанный характер, независимы от самоидентификации субъекта, больше спаяны с

интеллектуальным звеном психологической регуляции и характерны для современного модернизированного индустриального общества. Второй пласт — факторы регуляции, связанные с социальной самоидентификацией, с внутригрупповыми, внутриобщинными нормами и моделями поведения. Они носят в значительной степени неосознаваемый характер, спаяны с аффективно-волевым звеном регуляции, традиционным укладом жизни в конкретной социальной среде. Необходимо отметить, что подобное разделение многократно использовалось в литературе. Так,

Э. С. Маркарян (1983) выделяет моральную и правовую формы регуляции деятельности. Последняя, в отличие от первой, носит в основном регламентирующий характер. Важной характерной особенностью морального способа регуляции является представленность соответствующих норм в содержании тех эмоциональных и рациональных образований человеческой психики, которые связаны с переживанием и осознанием должного. Психологические факторы (образования), участвующие в конкретном мотивационном процессе и обусловливающие принятие человеком решения, в литературе обозначаются *как мотиваторы* (мотивационные детерминанты).

Выделяются следующие группы мотиваторов: нравственный контроль (наличие нравственных принципов), предпочтения (интересы, склонности), внешняя ситуация, собственные возможности (знания, умения, качества), собственное состояние в данный момент, условия достижения цели (затраты усилий и времени), последствия своего действия, поступка [Ильин, 2000]. Таким образом, мотивационные детерминанты (если не брать в расчет психопатологические факторы при наличии у субъекта тяжелого психического расстройства) определяются, с одной стороны, внешними социальными влияниями, с другой — внутриличностными установками, формирующимися в процессе развития человека в определенной культурной среде и часто носящими неосознанный характер. Можно говорить о формировании у человека с жизненным опытом мотивационных схем (поведенческих стереотипов), т.е. знания о том, какими путями можно удовлетворить данную потребность, как вести себя в определенной ситуации. Мотивационные схемы являются составляющей мотивационной (поведенческой) сферы человека. При этом локус контроля над своим поведением у конкретного индивида может быть связан преимущественно как с внешними социальными факторами, так и с внутренними личностными установками. В связи с этим в западной психологической литературе широко обсуждается вопрос о двух видах мотивации и их отличительных признаках: экстринсивной (обусловленной внешними условиями и обстоятельствами) и интринсивной (внутренней, связанной с личностными диспозициями: потребностями, установками, интересами, влечениями, желаниями) — по Е. П. Ильину (2000). Схожие векторы (внешние и внутренние) описываются также в работах, посвященных агрессии (это относится и к криминальной

агрессии, являющейся одной из центральных проблем судебной психиатрии). Так, Р. Бэрон, Д. Ричардсон (1999) выделяют внешние детерминанты агрессии — те особенности среды или ситуации, которые повышают вероятность проявления агрессии, и внутренние детерминанты — личностные черты, индивидуальные установки и склонности, которые остаются неизменными вне зависимости от ситуации. Решающая роль внешних или внутренних факторов в возникновении поведенческих реакций зависит от преобладающего локуса контроля у конкретного индивида.

Эмоции и воля — непременный компонент управления человеком своим поведением. Традиционно эмоционально-волевая регуляция является объектом рассмотрения общей психологии. Когда в психологической литературе говорится об «эмоционально-волевой сфере», «эмоционально-волевых качествах» [Рубинштейн, 2000], этим подчеркивается тесная связь воли и эмоций (хотя и не их тождество). Безусловно, эмоциональная сфера тесно связана и с когнитивным (интеллектуальным) компонентом психики (любое представление, знание несет в себе эмоциональный оттенок), однако очевидная роль аффективного фактора в генезе поведенческих нарушений — при личностных (психопатических) расстройствах (в этих случаях говорят об «эмоциональноволевых расстройствах»), при совершении подавляющего большинства правонарушений — заставляет рассматривать эти две стороны психической деятельности в тесной взаимосвязи. Таким образом, можно построить модель механизмов регуляции правового поведения (рис. 3).

Очевидно, что если вследствие психического расстройства нарушается хотя бы одно из двух законодательно кодифицированных звеньев правовой регуляции поведения (интеллектуального или волевого, которые указаны в формуле невменяемости, изложенной ниже), то это влечет за собой невменяемость. Если тяжелое психическое расстройство поражает в первую очередь эмоциональную (аффективную) сферу человека (например, тяжелая депрессия или маниакальное состояние), то это все равно ведет к нарушению тесно с ней связанных интеллектуального и волевого звеньев регуляции и формулировка обоснования невменяемости будет также осуществляться через них. [2] [3]



Рис. 3. **Социально-психологические механизмы регуляции правового поведения**

Содержащаяся в ч. 1 ст. 21 УК формула невменяемости состоит из двух критериев — медицинского (психиатрического) и юридического (психологического), которые в своем единстве определяют невменяемость лица, совершившего общественно опасное деяние.

Медицинский (*психиатрический*) *критерий* представляет собой перечень психических расстройств, которые сведены в четыре обобщенные группы: хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие, иное болезненное состояние психики. Необходимо отметить, что данное группирование психических расстройств является весьма условным и напрямую не соотносится с современными классификациями (в частности с МКБ-10), а создано исключительно для удобства, исходя из задач судебной психиатрии. В то же время многими специалистами выделение данных четырех групп подвергается сомнению. Все многообразие психической патологии можно было бы объединить одним термином «психическое расстройство». В УК это сделано в ст. 22 (в отношении так называемой ограниченной вменяемости), а в гражданском

законодательстве в формуле недееспособности упразднено также ранее имевшее место деление психической патологии и использован указанный единый термин.

Понятие *хронического психического расстройства* объединяет заболевания, характеризующиеся длительным течением с тенденцией к прогрессированию (нарастанию и утяжелению болезненного процесса, углублению вызванных болезнью нарушений психики). Хронические психические расстройства, как правило, приводят к тяжелым и стойким изменениям личности больных. К таким заболеваниям относятся, в частности, шизофрения, некоторые варианты органических психических расстройств и др.

Временное психическое расстройство, указанное в формуле невменяемости, объединяет различные по причинам и длительности течения болезненные процессы, оканчивающиеся практическим выздоровлением. Их продолжительность варьируется в широких пределах — от нескольких минут (например, при патологических формах аффекта или алкогольного опьянения) до часов, недель и месяцев (очень редко — лет). Основной признак временного психического расстройства не его продолжительность, а принципиальная обратимость, вероятность которой при хронических психических заболеваниях весьма мала. К этой группе, кроме уже названных кратковременных психических расстройств, относятся также реактивные (психогенные) психозы, большинство алкогольных психозов, симптоматические психозы и ряд других.

Третья группа заболеваний — *слабоумие* — объединяет стойкие, необратимые расстройства психической деятельности с глубоким снижением интеллекта, памяти, нарушением критических способностей, обеднением всех психических процессов, нарушениями личности. Различают слабоумие врожденное (умственная отсталость) и приобретенное (органические расстройства, в том числе старческие деменции, и пр.).

К категории *иные болезненные состояния психики* относятся аномалии психики, не попавшие в первые три категории, как правило, не имеющие прогрессирующего характера, но способные обусловить невменяемость. Примером таких аномалий являются психопатии (расстройства личности по МКБ-10) и некоторые другие виды болезненных состояний. При психопатиях отмечается широкий спектр патологических состояний — от вариантов, близких к психической норме, до расстройств, примыкающих к тяжелым формам психических заболеваний и имеющих качественные отличия от психической нормы.

Для решения вопроса о невменяемости недостаточно наличия лишь медицинского критерия, т.е. установления диагноза психического расстройства. Психическое расстройство обусловливает невменяемость лишь

тогда, когда оно достигает определенной глубины (тяжести), которая определена формулой юридического критерия (принцип единства медицинского и юридического критериев невменяемости). Поэтому ведущим критерием, определяющим вменяемость-невменяемость, является юридический.

Юридический (*психологический*) *критерий* в ст. 21 УК формулируется как неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, т.е. содержит обобщенную характеристику влияния психического расстройства на описанные выше основные звенья психической регуляции — интеллектуальное и волевое. Таким образом, психическое расстройство, входящее в перечень медицинского критерия, определяет невменяемость лишь в том случае, если то нарушает интеллектуальное (когнитивное) либо волевое (аффективно-волевое) звено регуляции правового поведения субъекта. Таким образом, неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность деяния является интеллектуальной составляющей юридического критерия; неспособность руководить своими действиями — его волевой составляющей.

Неспособность осознавать свои действия всегда свидетельствует и о неспособности руководить ими. Вместе с тем в формуле невменяемости интеллектуальный и волевой признаки разделены союзом «либо». Это означает, что вменяемость может исключаться при некоторых психических расстройствах, при которых интеллект относительно сохранен, а поражается преимущественно волевая сфера. И достаточно нарушения любой из двух составляющих юридического критерия, чтобы признать субъекта невменяемым.

Интеллектуальная составляющая разделена законодателем на два элемента. Первый — невозможность осознавать *фактический характер* своих действий — следует понимать как невозможность отражения в сознании содержания преимущественно операциональной, формальной стороны действий, т.е. их содержания и последовательности в контексте определенных социальных условий. Этот элемент носит ситуационный характер, связан с нарушением осознавания характера действий в конкретной ситуации. Второй элемент — невозможность осознавать *общественную опасность* своих действий — характеризует нарушение оценочного процесса, обеспечивающего сознательный выбор деяния, недоступность субъекту осознания вреда, приносимого его действиями окружающим и обществу, их социальных и правовых последствий. Таким образом, данный элемент носит направленный в будущее, проспективный характер, связан с нарушением прогноза правовых последствий действий субъекта.

Вместе с тем к интерпретации этих юридически кодифицированных формулировок не следует относиться упрощенно. Например, формальное понимание своих действий больным с бредовым расстройством, совершившим общественно опасное деяние по болезненным мотивам и принявшим затем меры по сокрытию следов правонарушения, поскольку он понимал его наказуемость, еще не означает его вменяемости. При бредовых расстройствах (которые относятся к категории тяжелых) всегда имеется глубокое системное искажение картины окружающей реальности, и поведение больных определяется болезненной трактовкой событий и явлений окружающего мира. «Осознавание» в таких случаях фактического характера и общественной опасности своих действий является лишь кажущимся, что не позволяет говорить о сохранности способности к осознанной регуляции своего поведения. Невменяемым субъект может быть только в отношении конкретного общественно опасного деяния; вменяемости-невменяемости «вообще» как постоянно присущего человеку качества не существует. В отношении одного деяния субъект может быть вменяемым, в отношении другого — невменяемым (например, в случае возникновения у него временного болезненного расстройства психической деятельности или дебюта тяжелого хронического психического расстройства перед совершением правонарушения).

Таким образом, для признания лица невменяемым необходима совокупность (единство) двух критериев невменяемости — медицинского (психиатрического) и юридического (психологического). Невменяемость устанавливается только в отношении конкретного уголовно наказуемого деяния. Не существует невменяемости как постоянной характеристики субъекта, а психическое расстройство, обусловливающее невменяемость, должно существовать во время совершения общественно опасного деяния и лишать лицо способности осознавать свои действия (бездействие) или руководить ими применительно именно к данному деянию. [4] [5]

2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

Данная статья ввела в практику судебно-психиатрических экспертиз понятие ограниченной (уменьшенной) вменяемости. Действительно, между психическим здоровьем и тяжелыми психическими расстройствами имеется обширная область «пограничных» состояний. Дихотомическое деление на «вменяемость» и «невменяемость» не соответствует многообразию промежуточных переходных состояний. Неглубокие психические расстройства, хотя и не лишающие субъекта способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, тем не менее, ослабляют интеллектуальное и волевое звенья регуляции поведения.

Поэтому между вменяемостью и невменяемостью целесообразно рассматривать промежуточную категорию — *ограниченную вменяемость*.

Хотя ни в названии приведенной статьи, ни в ее тексте не содержится термина «ограниченная вменяемость» законодатель фактически легализовал данную категорию, не отразив, однако, само ее наименование непосредственно в нормах Кодекса. Поэтому мы будем использовать данный термин применительно к ст. 22 УК; при этом концептуальная основа ограниченной вменяемости вынесена за рамки законодательного текста и целиком оставлена в сфере уголовно-правовой теории.

Ограниченная вменяемость позволяет учитывать психические аномалии преступника при назначении и применении наказания (оставаясь в рамках вменяемости), поскольку влияние аномалий психики на противоправное поведение в ряде случаев весьма существенно. Тем самым ограниченная вменяемость отвечает принципам дифференциации и индивидуализации уголовной ответственности, а также более общему принципу справедливости наказания (поскольку неправильно предъявлять одинаковые требования к психически полноценному лицу и имеющему психические аномалии). Статья 22 УК предоставляет правовые основания для применения к лицам с психическими аномалиями наряду с наказанием (обычными исправительными мерами) также меры медицинского характера — амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, которое способствует отбыванию осужденным наказания и достижению его целей (исправлению).

Подобно невменяемости ограниченная вменяемость имеет медицинский и юридический критерии. Первый не дифференцирован по видам болезненных состояний и сформулирован в виде одного обобщающего термина «психическое расстройство». Наличие медицинского критерия говорит о том, что психические состояния неболезненного характера (не укладывающиеся в диагностические категории какого-либо психического расстройства) не могут свидетельствовать в пользу ограниченной вменяемости и не подпадают под действие ст. 22 УК.

За основу юридического критерия взята формулировка из ст. 21 УК («Невменяемость») о способности лица «осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». В случае невменяемости указанная способность утрачивается полностью. При ограниченной вменяемости она сохранна, но «не в полной мере», т.е. ослаблена.

Ослабление сознательно-волевого контроля за своим поведением может обусловливать достаточно широкий круг психопатологических состояний. В их числе расстройства личности, органические и невротические психические

расстройства и др. Констатация ограниченной вменяемости правомерна только при условии, если психическое расстройство подпадает под признаки обоих критериев — медицинского и юридического.

Сниженная («не в полной мере») способность к осознанию или руководству своими действиями, так же как в полной мере сохраненная (вменяемость) и полностью нарушенная (невменяемость), относится только к юридически значимому периоду времени совершения конкретных уголовно наказуемых действий (бездействия). Она не может быть постоянной характеристикой лица с психическим расстройством.

Учет психической патологии и ослабленной способности к произвольной сознательной регуляции своего поведения при применении ст. 22 УК в рамках вменяемости может выразиться, например, при назначении наказания в его смягчении.

Констатация экспертом-психиатром психического расстройства, ограничивающего способность субъекта к осознанной регуляции своего поведения, при применении ст. 22 УК не влечет за собой прямого юридического значения в плане квалификации судом правонарушения в соответствии с привилегированным составом преступления. Вместе с тем установление подобного психического расстройства, подпадающего под медицинский и юридический критерии ст. 22 УК может иметь также правовое значение, поскольку ч. 2 ст. 61 Кодекса позволяет учитывать такие болезненные состояния, хотя и по общим основаниям. Однако реальное смягчение наказания необходимо далеко не всегда. Как уже говорилось, ограниченная вменяемость не является неким промежуточным состоянием между вменяемостью и невменяемостью (ограниченная вменяемость входит в состав вменяемости). Поэтому психические аномалии не наделяют субъекта преступления какой-то «уменьшенной виной», требующей непременного смягчения наказания[6].

Вопросы применения принудительных мер медицинского характера к лицам, признанным ограниченно вменяемыми, будут рассмотрены в гл. 8 учебника.

В соответствии со ст. 22 УК перед экспертами могут быть поставлены следующие вопросы.

Страдал ли обвиняемый психическим расстройством во время совершения инкриминируемого ему деяния? Если да, то лишало ли оно его способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (*бездействия*) *или руководить ими?*

В комментарии к УК [Бородин, Котов, 1999] указывается, что психические расстройства, ограничивающие способность осознавать фактический

характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими:

- • характеризуют интеллектуальное и волевое отношение лиц с психическими аномалиями к совершенному преступлению;
- • не являются промежуточной категорией между вменяемостью и невменяемостью, а полностью охватываются (покрываются) понятием вменяемости;
- • не являются обстоятельством, безусловно смягчающим уголовную ответственность, не имеют самостоятельного значения, учитываются судом при назначении наказания в совокупности с другими данными и обстоятельствами, характеризующими преступление и личность виновного;
- • никогда и ни при каких условиях не могут быть истолкованы как обстоятельство, отягчающее ответственность;
- • могут служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, соединенных с наказанием, и для определения режима содержания осужденных к лишению свободы;
- • относятся только ко времени (моменту) совершения лицом преступления и самостоятельно никаких правовых или иных последствий после отбывания наказания не влекут.

Согласно И. А. Кудрявцеву (1999) определение *не могло в полной мере осознавать:*

- • *фактический характер своих действий* — раскрывается как недостаточная адекватность (правильность, реалистичность) восприятия окружающего, объективного значения своих действий, ограниченность отражения их существенных нормативных сторон, в том числе неполная осмысленность с позиций морали и нравственности;
- • *общественную опасность* — как недостаточная адекватность восприятия субъектом объективного юридического значения своих действий, отражает дефицит их смысловой и нормативной оценки, ограниченность прогноза их негативных социальных последствий для себя и общества в ситуации выбора, при формировании и осуществлении преступного намерения (умысла);
- • *руководить своими действиями* — как недостаточная осмысленность и адекватность выбора способов и средств достижения целей, ограниченность контроля при их реализации; дефицитарность регулирующих нормативных оценок, недоучет ситуации.

Клинические варианты психических расстройств, при которых может применяться ст. 22 УК, включают следующие: органические психические расстройства с легкими когнитивными и эмоционально-волевыми

нарушениями; умственная отсталость в степени легкой и умеренно выраженной дебильности; расстройства личности; расстройства сексуальных влечений; компульсивный тип влечения при алкоголизме и наркомании [Ограниченная вменяемость, 2000]. Данный перечень нозологических категорий не является исчерпывающим, а лишь отражает частоту встречаемости психических расстройств.

- [1] Возраст уголовной ответственности установлен ст. 20 УК с 16 лет, а для наиболеетяжких преступлений — с 14 лет.
- [2] Статья 21 УК. Невменяемость
- [3] Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости,то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасностьсвоих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хроническогопсихического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. 2. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренныенастоящим Кодексом.
- [4] Статья 22 УК. Уголовная ответственность лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости
- [5] Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силупсихического расстройства не могло в полной мере осознавать фактическийхарактер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.
- [6] По данным А. Р. Мохонько, Е. В. Макушкина, Л. А. Муганцевой (2016), в Россииотмечается постепенное снижение числа лиц (независимо от нозологии), на которых распространяется действие ст. 22 УК. Так, с 2005 по 2015 г. их число снизилось(от общего числа подэкспертных) с 3,4 до 1,8% при среднегодовом снижении 2,4%.То, с чем связана данная тенденция, требует отдельного анализа, но исходя из личногоопыта автора судебно-следственные органы не всегда с пониманием встречают экспертные заключения «о способности не в полной мере» осознавать фактический характер...что влечет за собой вызов экспертов в следственные органы и суды с целью их допросаи получения разъяснений».

Понятия невменяемости и недееспособности.

Понятия невменяемости и недееспособности имеют определенное сходство. В частности, по разному сформулированные, но близкие по смыслу

медицинский и юридические критерии. Так, медицинский критерий невменяемости включает хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие и иное болезненное состояние психики, в то время как содержание медицинского критерия недееспособности ограничивается обобщенным понятием «психическое расстройство». Однако их направленность существенно различается. В уголовном процессе при решении вопроса о вменяемости оценка психического состояния лица производится ретроспективно применительно к определенному совершенному им противоправному деянию. По делам о признании лица неспособным понимать значение своих действий или руководить ими возникает необходимость оценки психического состояния лица в настоящем и определения прогноза на будущее. Далеко не каждое лицо, в отношении которого дано экспертное заключение о его неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, в отношении совершенного им общественно опасного деяния нуждается в решении вопроса о его дееспособности. Ниже приведено соотношение понятий невменяемости и недееспособности, а также ограниченной вменяемости и ограниченной дееспособности.

Таблица **7**

Соотношение понятий невменяемости и недееспособности

Параметр	**Невменяемость (ст. 21 УК РФ)**	**Ограниченная вменяемость (ст. 22 УК РФ)**	**Недееспособность (ст. 29 ГК РФ)**	**Ограниченная дееспособность (ч. 3 ст. 30 УК РФ)**
Медицинский критерий	• 1. Хроническое психическое расстройство • 2. Временное психическое	Психическое расстройство	Психическое расстройство	Психическое расстройство

	расстройство			

Окончание табл. 1

Параметр	**Невменяемость (ст. 21 УК РФ)**	**Ограниченная вменяемость (ст. 22 УК РФ)**	**Недееспособность (ст. 29 ГК РФ)**	**Ограниченная дееспособность (ч. 3 ст. 30 УК РФ)**
	• 3. Слабоумие • 4. Иное болезненное состояние психики			
Юридический критерий	Не может: • 1. Осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий • 2. Руководить	Не может в полной мере: • 1. Осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий • 2. Руково	Не может: • 1. Понимать значение своих действий • 2. Руководить ими	Может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц

	ими	дить ими		
Направленность во времени	Прошедшее время	Прошедшее время	Настоящее и будущее время	Настоящее и будущее время
Временной диапазон	Период совершения общественно опасного деяния	Период совершения общественно опасного деяния	От принятия судебного решения до возможного восстановления дееспособности	От принятия судебного решения до возможного восстановления дееспособности
Действия, на которые распространяется решение суда	Деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело	Деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело	Любые юридически значимые действия после признания лица недееспособным	Крупные сделки после признания лица ограниченно дееспособным
Основные правовые последствия	Не подлежит уголовной ответственности	Подлежит уголовной ответственности	Полное лишение гражданских прав	Ограничение гражданских прав

Психолого-психиатрическая экспертиза аффекта

Убийство либо причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного неправомерными действиями потерпевшего, влечет за собой смягчение наказания. Преступления, совершенные в таком состоянии, уголовный закон традиционно выделяет в специальный (привилегированный) состав. Уголовный кодекс предусматривает два состава преступлений, совершенных под влиянием внезапно возникшего сильного душевного волнения.

УК. Убийство, совершенное в состоянии аффекта

- 1. Убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего,
- — наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок.
- 2. Убийство двух или более лиц, совершенное в состоянии аффекта,
- — наказывается принудительными работами на срок до пяти лет либо лишением свободы на тот же срок.

УК. Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта

Умышленное причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего,

— наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Вопрос эксперту-психологу в этих случаях должен формулироваться следующим образом.

Находился ли обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния в состоянии аффекта?

Внезапно возникшее сильное душевное волнение (*аффект*) представляет собой эмоциональное состояние такой глубины, при котором способность лица к осознанно-волевой регуляции своего поведения сохраняется, хотя и существенно ослабевает. Уголовно-релевантный аффект характеризуется внезапностью возникновения под воздействием противоправного или аморального поведения потерпевшего, что может иметь место в условиях длительной психотравмирующей ситуации.

Действия обвиняемого, квалифицируемые в соответствии со ст. 107 или 113 УК, должны быть направлены только на то лицо (или тех лиц), неправомерные действия которого спровоцировали внезапно возникшее сильное душевное волнение (аффект). Оценка аффекта полностью относится к экспертной психологической компетенции, вместе с тем психиатрическая оценка имеющихся расстройств играет важную роль для оценки предпосылок, предрасполагающих к развитию аффекта. Так, например, последствия перенесенных черепно-мозговых травм — цере- брастения, вегетососудистые и аффективные нарушения — являются предрасполагающими факторами для возникновения аффективных реакций различной глубины, поскольку снижают адаптационные ресурсы личности.

В связи со сказанным выше роль психиатра сводится не только к исключению у подэкспертного тяжелых психопатологических расстройств, но и к установлению исходного фона эмоциональной реакции, например квалификации легких органических психических расстройств, оценке личностной патологии. При установлении подобных аномалий (например, как следствия перенесенной черепно-мозговой травмы), хотя часто и недостаточно выраженных для формулирования психиатрического диагноза, эксперт-психиатр описывает проявления резидуально-органических расстройств в поведении (например, аффективной ригидности), что значимо для кумуляции эмоционального напряжения и, в свою очередь, облегчает психолого-психиатрическую оценку эмоциональных состояний [Кудрявцев, 1999].

Роль психиатра заключается также в отграничении аффекта от тех психопатологических состояний, которые имеют схожую структуру, но могут быть квалифицированы в соответствии со ст. 21 УК («Невменяемость») — например, временного психического расстройства в виде патологического аффекта (острой реакции на стресс по МКБ-10).

Поскольку понятия «аффект» и «внезапно возникшее сильное душевное волнение» используются как синонимы, они являются одним из квалифицирующих признаков состава преступления по ст. 107 и 113 УК.

Круг эмоциональных реакций, имеющих юридическое значение и подпадающих под судебно-психологическое экспертное понятие аффекта, включает не только эмоциональные реакции взрывного характера, возникающие в ответ на однократное психотравмирующее воздействие, но и эмоциональные реакции и состояния, возникающие в результате кумуляции эмоционального напряжения в условиях длительной психотравмирующей ситуации, также появляющиеся внезапно и обладающие теми же характерными структурно-динамическими признаками.

Основополагающий принцип применения критериев диагностики аффекта — разделение характеризующих его признаков на основные (облигатные) и дополнительные (факультативные).

Ф. С. Сафуанов (2005) систематизирует облигатные и факультативные признаки аффектов в соответствии с их трехфазным развитием следующим образом.

Физиологический аффект (аффект, вызванный единичным психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего)

1. *Первая фаза — доаффективная*

Основные признаки:

- 1.1. Субъективная неожиданность экстремального психотравмирующего воздействия.
- 1.2. Субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва.

Дополнительные признаки:

- 1.3. Ощущение субъективной безвыходности сложившейся ситуации.
- 1.4. Неблагоприятное психофизиологическое состояние (переутомление, недосыпание, соматическое заболевание и пр.).
- 2. *Вторая фаза — аффективного взрыва*

Основные признаки:

- 2.1. Взрывной характер эмоциональной реакции.
- 2.2. Частичное сужение сознания.
- 2.2.1. Фрагментарность и неполнота восприятия (симультанная и сукцессивная). Фрагментарность симультанного восприятия — неполное восприятие ситуации в отдельный момент времени. Фрагментарность сукцессивного восприятия — неполное восприятие динамики ситуации, действий потерпевшего и своих действий во времени.
- 2.3. Нарушения произвольной регуляции деятельности.
- 2.3.1. Расстройство опосредованности действий.
- 2.3.2. Расстройство контроля действий.
- 2.3.3. Снижение способности к прогнозу результатов действий.
- 2.3.4. Отсутствие прогноза отдаленных последствий действий.

Дополнительные признаки:

- 2.2. Относящиеся к частичному сужению сознания.

- 2.2.1. Заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирующим воздействием.
- 2.2.2. Элементы искаженного (иллюзорного) восприятия.
- 2.2.3. Элементы утраты чувства реальности окружающего.
- 2.2.4. Элементы ощущения отчуждения своих действий.
- 2.3. Относящиеся к нарушениям произвольной регуляции деятельности.
- 2.3.1. Двигательные автоматизмы (стереотипии).
- 2.3.2. Нарушения речевой деятельности.
- 2.3.3. Несоответствие агрессивных действий обвиняемого его ценностно-смысловой сфере, направленности личности или типичным для него способам реагирования.
- 2.4. Резкое изменение вазомоторных и иных вегетативных проявлений.
- 3. *Третья фаза — постаффективная*

Основные признаки:

- 3.1. Физическая астения (истощение).
- 3.2. Психическая астения (истощение).

Дополнительные признаки:

- 3.3. Дезорганизация психической деятельности.
- 3.4. Неполное осознание (недопонимание) случившегося.

Условием диагностики аффекта, наряду с типичной для аффектов

трехфазностью возникновения и течения эмоциональной реакции, является установление высокой степени эмоционального возбуждения, возникающего после психотравмирующего воздействия, которое сопровождается частичным сужением сознания и препятствует полному осознанию своих действий и их произвольной регуляции.

Субъективно аффект ощущается человеком как совершение чуждых ему действий, а одним из дополнительных критериев, отражающих снижение уровня регуляции поведения, является несоответствие действий обвиняемого его ценностно-смысловой сфере и нетипичность его действий по отношению к привычным способам реагирования.

При физиологическом аффекте ограничение произвольной регуляции поведения обусловлено высоким уровнем эмоционального возбуждения.

Кумулятивный аффект (аффект, вызванный длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с поведением потерпевшего)

1. *Первая фаза — доаффективная*

Основные признаки:

- 1.1. Кумуляция (накопление) эмоциональной напряженности.
- 1.2. Субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва или выраженного эмоционального напряжения в ответ на очередное психотравмирующее воздействие (реальное, условное, ассоциативно связанное с длительной психотравмирующей ситуацией).

Дополнительные признаки:

- 1.3. Ощущение субъективной беспомощности.
- 1.4. Ощущение безысходности сложившейся ситуации.
- 1.5. Неудачные попытки совладающего поведения — наличие фрустраций, связанных с поиском выхода из психотравмирующей ситуации.
- 1.6. Формирование психологических защит, снижающих степень психотравмирующего воздействия.
- 1.7. Неблагоприятное психофизиологическое состояние (переутомление, недосыпание и пр.).
- 2. *Вторая фаза — аффективного взрыва или кульминации эмоционального напряжения*

Основные признаки:

- 2.1. Частичное сужение сознания.
- 2.1.1. Фрагментарность и неполнота восприятия (симультанная и сукцессивная).
- 2.1.2. Заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирутощим воздействием.
- 2.2. Нарушения произвольной регуляции деятельности.
- 2.2.1. Расстройство опосредованное™ действий.
- 2.2.2. Расстройство контроля действий.
- 2.2.3. Снижение способности к прогнозу результатов действий.
- 2.2.4. Отсутствие прогноза отдаленных последствий действий.

Дополнительные признаки:

- 2.3. Относящиеся к частичному сужению сознания.
- 2.3.1. Элементы искаженного (иллюзорного) восприятия.
- 2.3.2. Элементы утраты чувства реальности окружающего.
- 2.3.3. Элементы ощущения отчужденности своих действий.
- 2.4. Относящиеся к нарушениям произвольной регуляции деятельности.
- 2.4.1. Двигательные автоматизмы (стереотипии).
- 2.4.2. Нарушения речевой деятельности.

- 2.4.3. Резкое изменение вазомоторных и иных вегетативных проявлений.
- 3. *Третья фаза — постаффективная*

Основные признаки:

- 3.1.1. Физическая астения (истощение).
- 3.1.2. Психическая астения (истощение).

Дополнительные признаки:

- 3.2.1. Дезорганизация психической деятельности.
- 3.2.2. Неполное осознание (недопонимание) случившегося.
- 3.2.3. Субъективное переживание облегчения, разрядки напряжения, разрешения психотравмирующей ситуации.

Для личностной структуры подобных обвиняемых характерны высокий самоконтроль, склонность к обдумыванию своих действий, низкий уровень агрессивности. Интенсивность агрессивного побуждения в момент совершения преступления обусловлена высоким уровнем эмоциональной напряженности, развившейся у них в длительной психотравмирующей ситуации. До разрядки напряжения для обвиняемых характерен перебор вариантов поведения, направленных на снижение этой напряженности. После исчерпания всех стратегий поведения и психологических защит, направленных на изменение ситуации, эмоционально обусловленный выбор агрессивного действия (возникающего обычно в ответ на очередную психогению по типу «последней капли») оказывается импульсивным и безальтернативным.

Если при физиологическом аффекте как непосредственной реакции на разовое психотравмирующее воздействие выбор действия является первым и единственным, то при кумулятивном аффекте агрессия — субъективно последний и единственный выход из психотравмирующей ситуации. Ниже приводится пример пациента с данным вариантом физиологического аффекта.

Подэкспертный Н., 37 лет. *Анамнестические данные.* Наследственность хроническими психическими заболеваниями не отягощена. В раннем детстве испытуемый болел простудными заболеваниями, отитом, по поводу чего лечился стационарно. Обучение в школе начал с 7 лет, учился удовлетворительно. В средние школьные годы перенес черепно-мозговую травму, стационарно не лечился. В старших классах занимался боксом, спортивного разряда не имел. После 10 классов средней школы окончил ПТУ по специальности «электрогазосварщик». С 17 лет состоит в браке, имеет двух дочерей. В возрасте 19 лет привлекался к уголовной ответственности по обвинению в грабеже, отбывал 3 года в местах лишения свободы. В

дальнейшем работал по специальности, одновременно закончил заочное отделение геологоразведочного техникума. В течение последнего времени работал в жилищноэксплуатационном управлении (ЖЭУ) газосварщиком. Согласно производственной характеристике «проявил себя как грамотный, квалифицированный специалист. Характер властный, обладает организаторскими способностями, но в то же время вспыльчив, на него периодически возлагались обязанности бригадира. Спиртными напитками не злоупотреблял». Свидетели отмечали, что Н. эмоциональный, вспыльчивый, но отходчивый, справедливый, трудолюбивый, мастер своего дела. По характеру спокойный, но если допущена какая-то несправедливость, то он бывает вспыльчивым, болезненно реагирует на это. Он всегда мог сказать правду в лицо, открыто критиковал людей, невзирая на должности. По показаниям свидетелей, после того как в ЖЭУ появился новый начальник С., «людей лихорадило и невозможно было работать», «С. практически преследовал Н., применял к нему всевозможные придирки», у «С. были личные требования к Н.».

Со слов испытуемого, новый начальник сразу же предложил ему прекратить лечение после полученного на производстве ожога и выйти на работу, поставил ему три прогула, лишил приработка. В тот период, в возрасте 36 лет, Н. предпринимал суицидальную попытку — хотел отравиться лекарствами из аптечки, ему оказывалась медицинская помощь. Бригадой «скорой медицинской помощи» был установлен диагноз: «Острое отравление медикаментами. Реакция на ситуацию, суицид». В дальнейшем, наблюдая несправедливое, по его мнению, отношение С. к другим работникам, он высказывался об этом на производственных собраниях, из-за чего С. «выискивал несуществующие погрешности» в его работе.

Протокол производственного собрания, где председательствовал Н. и в ходе обсуждения было вынесено недоверие начальнику, был передан в вышестоящую организацию. С. после этого собрания написал заявление об увольнении, но потом заявление забрал. Вскоре после этого в отдел кадров поступил приказ об увольнении Н. за прогулы, изданный на основании докладных о его систематическом отсутствии на работе. На учете у психиатра и нарколога испытуемый не состоял. Как известно из материалов дела, к Н. домой пришел председатель профкома и принес приказ о его увольнении. На следующий день утром Н. пришел в ЖЭУ с намерением поговорить с начальником. Когда Н. вошел в его кабинет, С. приказал ему выйти и ждать в приемной, а затем пытался вытолкнуть из кабинета, после чего между испытуемым и С. завязалась драка, в ходе которой Н. достал перочинный нож и нанес несколько ударов С., от которых тот скончался.

Испытуемый был задержан через 1,5—2 часа после убийства сотрудниками милиции. При задержании был взволнован, свою вину не отрицал, сообщил, что все произошло неожиданно, так как был в сильно возбужденном

состоянии, плохо помнит происшедшее. В дальнейшем проходил повторные судебные психолого-психиатрические экспертизы, которые давали противоречивые заключения о психическом состоянии Н. в момент совершения правонарушения. В связи с этим был направлен для прохождения комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Ко времени обследования находился под стражей уже около двух лет.

При освидетельствовании было установлено следующее. *Соматоневрологическое состояние.* Со стороны внутренних органов без патологии. Заключение невропатолога: «Органические изменения ЦНС, возможно последствия повторных черепно-мозговых травм». *Психическое состояние.* Испытуемый в ясном сознании. Правильно ориентируется в месте, времени и собственной личности, понимает цель проводимого ему обследования. Охотно вступает в беседу, активен. Речь правильная, последовательная, эмоциональная. Мимика живая, адекватная. Считает себя психически здоровым человеком, при общем расспросе спонтанно предъявляет умеренно выраженные жалобы на головные боли и жалобы общеастенического характера (ощущения слабости, вялости, «разбитости»). С напором, возмущенно рассказывает о сложившейся в ЖЭУ конфликтной ситуации. Говорит, что всячески старался избегать открытых конфликтов с начальником, так как из-за служебной жилплощади не мог уволиться. Однако пытался изменить ситуацию с помощью производственных собраний, на которых высказывалась критика в адрес руководства. Негодует, что после критического выступления начальник находил поводы для наказания «неугодных». Получив известие о своем увольнении, был удивлен, возмущен, разгневан, так как в указанные дни выполнял текущую работу, ходил по участку. Подробно рассказывает о том, что собирался обратиться в суд для восстановления на работе, пришел в ЖЭУ в тот день, чтобы подписать обходной лист, среди инструментов обнаружил перочинный нож, сразу же решил, что вскроет себе вены в присутствии начальника и инженера, по чьей докладной был издан приказ об увольнении. Разговор с начальником сразу же начался в повышенных тонах, так как тот не хотел его слушать, пытался вытолкать из кабинета. Признает, что ударил его локтем, не видел куда, сам в это время доставал из кармана и раскладывал нож. Заметил боковым зрением неестественное положение стула, видел «боковые поверхности его ножек», пытался перехватить удар. Не чувствовал боли, «только какая-то темнота, мрак, все стало в черном цвете, фрагментарно, как панорамная съемка», не помнит, как нанес удары ножом. Пришел в себя от женского крика. После этого увидел разбитое стекло, поломанный стул, пятна на полу. В кабинете никого не было, пошел по этим пятнам, увидел

С., который стоял, опершись на входную дверь, и что-то говорил или кричал на улицу, на его рубашке было темное пятно, но тогда не понял, что это была кровь. Ударил его кулаком и вышел. Сразу же «резко включились очень

яркие цвета, деревья были зеленые, асфальт голубой». Шел куда-то без определенной цели, «перед глазами стояла розово-красная пелена, что-то шумело, как листья на ветру, но шум исходил изнутри и выходил из меня». После сообщения о смерти С. от встреченных знакомых лиц пришел в мастерскую, попросил водки, выпил полбутылки самогона, «не чувствовал его действия». Плохо помнит, о чем говорил с окружающими, говорит, что в следственном изоляторе сразу же уснул и спал до утра. Излагает события эмоционально, взволнованно. Выраженной эмоциональной подавленности у испытуемого не выявляется, однако после бесед на значимые для него темы расстраивается, выражение лица становится грустным, замыкается в себе.

Тепло рассказывает о семье, говорит, что ничего не пожалеет для своих близких, не может представить, чтобы они остались без жилья, без средств к существованию, работал для этого днем и ночью, готов был замереть, только чтобы они не пострадали. Обеспокоен исходом дела, сожалеет о случившемся, говорит, что очень тяготится создавшейся ситуацией. При целенаправленном расспросе сообщает о том, что постоянно думает о произошедшем, мысленно вновь и вновь «прокручивая» ситуацию правонарушения и события ему предшествовавшие, причем эти воспоминания всплывают в сознании помимо его воли. Мышление испытуемого в обычном темпе, последовательное. Интеллек- туально-мнестического снижения не определяется. Критичен к своему состоянию и ситуации в целом. В отделении общителен, лидировал в палате, охотно помогал персоналу.

При экспериментально-психологическом исследовании обнаруживается доступность испытуемому осуществления основных мыслительных операций с использованием практически значимых признаков объектов. Уровень обобщения невысокий с тенденцией к конкретности и обстоятельности мышления. Объем памяти в границах нормы. Выявляется просоциальная личностная направленность испытуемого, активность жизненной позиции, высокая мотивация достижения, уверенность в себе, потребность в самоуважении и уважении со стороны окружающих. Ему свойственны общительность, легкость установления социальных контактов, потребность в сотрудничестве с тенденцией к доминированию с чувством ответственности за судьбы других людей, независимость, самостоятельность в принятии решений, упорство в отстаивании своих позиций, стремление к противодействию давлению внешних факторов. В личностно значимых ситуациях проявляются ранимость, сензи- тивность испытуемого, обостренное чувство справедливости, непереносимость несправедливого отношения к себе и к другим, склонность к фиксации на негативных переживаниях, вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость со склонностью к непосредственным формам реагирования, возможностью аффективных вспышек, пониженный самоконтроль поведения. Отмечается ситуационная напряженность, фиксированность испытуемого на

сложившейся ситуации, трудности переключения со значимых тем на другие, преобладание аффективной логики суждений при разговоре о случившемся.

Комплексная психолого-психиатрическая экспертная комиссия пришла к заключению, что Н. каким-либо психическим расстройством не страдает и не страдал. В момент совершения инкриминируемых ему деяний Н. не обнаруживал и признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, а находился в состоянии физиологического аффекта.

В данном клиническом наблюдении психически здоровый субъект находится в условиях длительной психотравмирующей ситуации. Предпосылками к развитию острой психогенной реакции следует считать личностные особенности пациента в виде обостренного чувства справедливости, повышенной ранимости, черт аффективной ригидности и склонности к внешним формам реагирования. Нельзя не отметить наличие субклинических признаков резидуально-органического поражения головного мозга (последствия черепно-мозговых травм), что способствовало формированию черт аффективной ригидности и кумуляции аффекта. В условиях хронического психологического стресса происходит постепенное накопление эмоционального напряжения с переживанием чувства обиды, унижения и навязчивыми размышлениями об актуальной конфликтной ситуации. В момент совершения подэкспертным агрессивных действий у него развилось состояние физиологического аффекта с типичным трехфазным течением в виде предшествовавшей фазы кумуляции эмоционального возбуждения, фазы аффективного взрыва с изменениями восприятия и вегетативными проявлениями и последующей фазы постаффективной астении с явлениями вялости, усталости, апатии, опустошенности.

Судебно-психиатрическая экспертиза женщин, обвиняемых в убийстве новорожденного ребенка

В УК убийство матерью новорожденного ребенка рассматривается в рамках привилегированного состава преступления.

УК. Убийство матерью новорожденного ребенка

Убийство матерью новорожденного ребенка во время или сразу же после родов, а равно убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации или в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости,

— наказывается ограничением свободы на срок от двух до четырех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Данный состав преступления предусматривает умышленную вину, при этом степень осознанности своих действий может различаться — умысел может быть как прямым, так и косвенным. В первом случае обвиняемая предвидит возможность или неизбежность смерти ребенка, во втором относится к этим последствиям безразлично. Умысел может формироваться длительно, а может быть импульсивным, возникнуть в момент родов или сразу же после них. Кроме того, может различаться и преступное поведение матери, которое может быть активным (нанесение ребенку повреждений, помещение его в условия, несовместимые с жизнью и т.п.) и пассивным (отказ от кормления). Во всех случаях квалификация преступления будет одинаковой.

Субъектом данного преступления может быть только мать новорожденного ребенка, которая достигла 16-летнего возраста. Критерии новорожденности потерпевшего ребенка различаются в зависимости от вида убийства, предусмотренного ст. 106 УК.

В первом случае, предусмотренном ст. 106 Кодекса, — убийство матерью новорожденного ребенка *во время или сразу же после родов* охватывает период времени, не превышающий *одни сутки* (*24 часа*) с момента появления ребенка на свет (*судебно-медицинский критерий новорожденности*).

Второй случай — убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации. Закон придает значение наличию неблагоприятных обстоятельств (беременность в результате изнасилования, отказ отца от ребенка или от оказания помощи и поддержки, травля женщины родственниками, стыд перед окружающими за рождение ребенка вне брака, материальные проблемы и т.п.). К данному виду детоубийства применяется *педиатрический критерий* длительности периода новорожденности, составляющий *один месяц {30 суток*) с момента рождения ребенка.

Третий случай — убийство матерью новорожденного ребенка в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости. При этом виде детоубийства возраст новорожденного также не может превышать *одного месяца(педиатрический критерий).*

В постановлении следователя или определении суда при назначении данного вида экспертизы необходимо формулировать следующие вопросы.

- 1. *Страдала ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния психическим расстройством?*
- 2. *Находилась ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния в состоянии эмоциональной напряженности, вызванной психотравмирующей ситуацией?*

- 3. *Могла ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий* (*бездействия*) *либо руководить ими?*
- 4. *Нуждается ли обвиняемая в применении к ней принудительных мер медицинского характера? И если нуждается, то в каких именно?*

Ответ на первый вопрос входит в компетенцию судебно-психиатрического эксперта.

Решение второго вопроса — компетенция судебного эксперта-пси- холога. Диагностика психиатром психических аномалий у обвиняемых позволяет точнее оценить степень патогенного влияния психотравмирующей ситуации на психическое состояние подэкспертной, поскольку у лиц с пограничной психической патологией снижены способности к совладанию с субъективно сложными ситуациями.

Ответ на третий вопрос находится в компетенции психиатра, хотя в ряде случаев его невозможно дать без специальных познаний в психологии, поскольку необходим психологический анализ взаимодействия личности подэкспертной с предшествующей правонарушению ситуацией, что позволяет понять механизм правонарушения и дать ему адекватную экспертную оценку.

Ответ на четвертый вопрос дается экспертами с учетом психопатологических и индивидуально-психологических особенностей обвиняемой.

Объединение трех разновидностей убийств новорожденного объясняется тем, что как во время физиологических родов, так и при эмоциональных состояниях, обусловленных воздействием психотравмирующей ситуации, а также при наличии пограничных психических расстройств снижены способности женщины в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

Предметом КСППЭ, назначаемой по ст. 106 УК, является установление психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного. Однако в зависимости от квалифицируемого вида детоубийства возникают различные экспертные ситуации, требующие исследования разных психиатрических и психологических аспектов психического состояния обвиняемой.

Анализ КСППЭ матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка, позволяет выделить *четыре вида экспертной психолого-психиатрической квалификации психического состояния матери в период совершения общественно опасного деяния,* каждый из которых в свете УК влечет различные правовые последствия:

- • установление психического расстройства, обусловливающего неспособность обвиняемой осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими во время убийства новорожденного ребенка (например, диагностика шизофрении или послеродового психоза);
- • установление психического расстройства, не исключающего вменяемости обвиняемой;
- • установление эмоционального напряжения, возникновение и развитие которого обусловлено психотравмирующей ситуацией;
- • установление отсутствия повышенного эмоционального напряжения у психически здоровой матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка.

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних

Согласно ч. 1 ст. 20 УК уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления 16-летнего возраста. Подростки в возрасте 14—16 лет подлежат ответственности лишь за тяжкие преступления, перечисленные в ч. 2 ст. 20 Кодекса. Выделение экспертизы несовершеннолетних в самостоятельный раздел судебной психиатрии определяется особым правовым положением несовершеннолетних, а также тем, что психические нарушения в этом возрасте, а соответственно и судебно-психиатрическая их оценка, имеют свою специфику. Возраст 14—18 лет, в течение которого происходит психическое и физиологическое созревание, обозначается как *пубертатный* (переходный). Пубертатный криз является ответственным этапом онтогенеза, поскольку именно в это время происходит бурное половое и психическое созревание индивида. В пубертатном периоде могут манифестировать и обостряться хронические психические заболевания (шизофрения и др.). Пубертатный возраст имеет принципиальное значение для формирования личностных расстройств. Большое значение имеют темп нарастания и массивность проявлений пубертатного периода.

Выделяют ускоренное созревание, или *акселерацию,* и замедленное созревание, или *ретардацию.* Но наибольшее значение имеют *асинхро- нии развития,* при которых половое, психическое и физическое созревание происходит неравномерно, диссоциированно. Чем более выражена эта неравномерность, тем более патологично протекает пубертат.

Основной особенностью психических расстройств в подростковом возрасте является сочетание аффективных нарушений, утрированных проявлений психологического созревания с возрастными расстройствами поведения и характерными для этого периода реакциями протеста, имитации, отказа, а также специфическими для подросткового возраста психопатологическими синдромами.

Синдром психического инфантилизма характеризуется задержкой созревания всех сфер психики, выраженной внушаемостью и подражательностью, слабостью интеллектуального и волевого контроля, несформированностью мотивации, отсутствием борьбы мотивов при принятии решений, нарушением способности к прогнозированию, критике, неуправляемостью поведения.

Синдром фантазирования тесно связан с психической незрелостью. Возникает по механизмам инфантильной психологической защиты, может быть псевдокомпенсаторным, отражая стремление подростка к самоутверждению, может возникать психогенно по механизму вытеснения или замещения реальной тяжелой ситуации.

Синдром сверхценных образований. Наиболее часто в судебно-психиатрической практике встречаются сверхценная неприязнь и привязанность, сверхценные идеи мести или страх мести, сверхценные увлечения, дисморфофобии, идеи своей неполноценности или переоценки. Все эти сверхценные идеи характеризуются субъективной значимостью, они занимают неадекватно большое место в психике и во многом определяют поведение подростков.

Гебоидный синдром характеризуется карикатурным заострением и патологическим искажением психологических особенностей, свойственных подростковому возрасту. Появляется расторможенность или извращенность влечений, ослабление и искажение нравственных установок, эмоциональное притупление со снижением высших эмоций (жалость, сопереживание), нарастает холодность, жестокость, отмечаются садистические наклонности. Подростки оппозиционны и эгоцентричны, стремятся к лидерству, отмечается асоциальная направленность интересов, повышенная криминогенность, жестокость при совершении правонарушений.

Синдром пубертатной астении бывает наиболее выражен на высоте кризисного периода (*14*—15 лет) и представлен значительным снижением побуждений, чрезмерной психической и физической истощаемо- стью, падением интеллектуальной продуктивности, вялостью, нарушениями сна и головной болью.

Необходимо учитывать и возможность развития патологического пубертатного криза как самостоятельного болезненного психического расстройства. В этих случаях экспертные вопросы решаются в зависимости от степени его патологичности.

Наиболее часто пубертатный криз протекает аномально у лиц с теми или иными психическими отклонениями и расстройствами. При этом основными особенностями психических заболеваний в пубертатном возрасте являются стертость, неразвернутость, фрагментарность симптоматики и

превалирование в клинической картине характерологических, невротических и поведенческих нарушений.

Клиническое оформление психических расстройств в детском и подростковом возрасте зависит не столько от нозологии, сколько от возрастных особенностей, поэтому большое значение приобретают данные о психопатологической структуре на каждом этапе онтогенеза (в период возрастных кризов) и их сопоставление между собой для получения целостного представления о динамике становления психических расстройств (стереотип развития болезни). Многоуровневость клинических картин в подростковом возрасте определяет адекватность использования понятия «функциональный диагноз» и позволяет соотнести между собой нозологию, структуру и содержание возрастной психопатологии, количественные и качественные характеристики психологического криза созревания, личностные расстройства, асинхро- нии и дефицитарность развития, типы социализации личности, реагирования и поведения.

По мнению В. А. Гурьевой (2004), специфика подростковой психопатологии определяет следующие **принципы судебно-психиатрической оценки психических расстройств у несовершеннолетних.**

- 1. Основным методологическим принципом судебно-психиатрической оценки несовершеннолетних является положение о единстве юридического и медицинского критериев применительно к предмету экспертизы (психическое состояние лица в конкретной юридически значимой ситуации).
- 2. В связи с тем, что удельный вес собственно психозов в подростковом возрасте невелик, основное значение приобретает принцип экспертной оценки по степени выраженности психических расстройств и нарушений психического развития. При этом учитывается содержательная характеристика юридического критерия и возникает возможность не только традиционных (альтернативных), но и промежуточных решений (например, неспособность в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими).
- 3. Ретроспективность судебно-психиатрической квалификации психического состояния имеет для подросткового возраста особое значение, так как в период бурного психического созревания даже короткие временны[4] е отрезки могут характеризоваться значительными качественными изменениями уровня социализации личности, степени выраженности инфантильности, формированием психопатических структур, психопатологической завершенности симптоматики. Это обязывает назначать СПЭ как можно раньше, приближая ее тем самым к моменту правонарушения.
- 4. Принцип оценки психического состояния в конкретной юридически значимой ситуации важен при проведении любой СПЭ, но в части

случаев он приобретает самостоятельное значение, особенно если расстройства психики отсутствовали или не были выявлены в докриминальном периоде.

- 5. Принцип комплексности предусматривает участие в СПЭ специалистов смежных дисциплин, знакомых с особенностями психофизиологического функционирования в подростковом возрасте (психолог, эндокринолог, сексолог, судебно-медицинский эксперт).
- 6. В рамках любых нозологических форм должен быть оценен патологический пубертатный криз как этап их динамики. Если это состояние проявляется относительно автономно (вне рамок какой-либо нозологии), то с судебно-психиатрической точки зрения его следует расценивать как «временное болезненное расстройство психики».
- 7. При экспертизе несовершеннолетних необходимо учитывать, что незрелость психики подростка предрасполагает, с одной стороны, к его конформности, а с другой — к психическому индуцированию с возможностью внушенных форм мотивации и поведения или психопатологических переживаний. Следует помнить, что в случаях изоляции подростка от «индуктора» или референтной группы довольно быстро происходит дезактуализация патологических проявлений.
- 8. Наибольшая сложность диагностики связана с тем, что в подростковом возрасте психопатологические переживания, даже при их сверхценном характере, остаются очень часто аутистическими и недостаточно осознанными (психологически переработанными).

В последние годы отмечается снижение количества судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних по России (с 35 978 СПЭ в 2005 г. до 28 577 в 2009 г.) при одновременном возрастании числа СПЭ в расчете на 10 000 подросткового населения (с 38,9 до 44,5 за тот же период), что связано, с одной стороны, с демографическими проблемами и снижением уровня подростковой преступности, а с другой — свидетельствует о востребованности судебно-психиатрического исследования психического состояния несовершеннолетних как доказательства по делу для наиболее полного учета их психических и индивидуально-личностных особенностей и защиты их законных прав и интересов. Об этом же свидетельствует неуклонный рост удельного веса комплексных экспертиз, проводимых несовершеннолетним (с 39,5% от общего числа СПЭ в 1999 г. до 65,1% в 2009 г.) [Мохонько, Муганцева, 2010].

Уголовно-процессуальная дееспособность несовершеннолетних законодательством изначально расценивается как ограниченная. Так, по делам о преступлениях, совершенных несовершеннолетними, к обязательному участию в уголовном деле привлекаются их законные представители (ст. 48 УПК), которые берут на себя процессуальные права: присутствие при предъявлении обвинения; участие в допросе несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого, а также (с разрешения

следователя) в иных следственных действиях, производимых с его участием и участием защитника; знакомство с протоколами следственных действий, в которых он принимал участие, и подготовка письменных замечаний о правильности и полноте сделанных в них записей; заявление ходатайств и отводов, принесение жалоб на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора; представление доказательств; знакомство со всеми материалами уголовного дела, выписка из него любых сведений и в любом объеме. При этом следователь, дознаватель даже вправе вынести постановление о непредъявлении несовершеннолетнему обвиняемому для ознакомления тех материалов дела, которые могут оказать на него отрицательное воздействие, в связи с чем ознакомление с этими материалами становится обязанностью законного представителя несовершеннолетнего (ст. 426 УПК). Особая норма законодательства подразумевает предоставление процессуальных прав представителю несовершеннолетнего и в судебном заседании (ст. 428 Кодекса). Кроме того, несовершеннолетний возраст подозреваемого (обвиняемого) является обстоятельством, обусловливающим обязательное участие в уголовном судопроизводстве защитника (п. 2 ч. 1 ст. 51 УПК).

Особо процессуальным законодательством выделяется проблема допроса в судебном заседании несовершеннолетних потерпевших и свидетелей, включая ситуации, когда у них обнаруживаются психические недостатки.

Особенности допроса несовершеннолетнего потерпевшего и свидетеля

- 1. При участии в допросе потерпевших и свидетелей в возрасте до четырнадцати лет, а по усмотрению суда и в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет участвует педагог. Допрос несовершеннолетних потерпевших и свидетелей, имеющих физические или психические недостатки, проводится во всех случаях в присутствии педагога. [...]
- 4. При необходимости для участия в допросе несовершеннолетних потерпевших и свидетелей, указанных в части первой настоящей статьи, вызываются также их законные представители, которые могут с разрешения председательствующего задавать вопросы допрашиваемому. [...]

Таким образом, может возникнуть вопрос о наличии у несовершеннолетних потерпевших и свидетелей психических недостатков, недоучет которых может привести к процессуальным нарушениям. То же касается и несовершеннолетних обвиняемых, чей допрос также осуществляется по особым процессуальным правилам.

Допрос несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого

[•••]

3. В допросе несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого, не достигшего возраста шестнадцати лет либо достигшего этого возраста, но страдающего психическим расстройством или отстающего в психическом развитии, участие педагога или психолога обязательно.

В ст. 20 УК имеется дополнительная норма — ч. 3. Она гласит: «Если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности».

Применение ч. 3 ст. 20 УК предполагает следующие вопросы экспертам.

- 1. *Имеется ли у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством? Если имеется, то в чем оно выражается?*
- 2. *При наличии у несовершеннолетнего отставания в психическом развитии могло ли оно лишать его возможности во время совершения общественно опасных действий в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий* (*бездействия*) *либо руководить ими?*

Согласно возрастной психологии в норме полная способность к осознанной саморегуляции формируется у человека к концу подросткового периода, продолжающегося от 11—12 до *14*—16 лет. В ее основе формирование главного психологического фактора — самосознания. Самосознание включает ценностно-смысловую иерархию, которая определяет мотивацию поведения. Человек при нормальном развитии, переходя пределы подросткового возраста, обладает зрелыми психологическими структурами, которые позволяют ему осознанно руководить своими действиями. На этом основывается возраст полной уголовной ответственности, равный 16 годам и зафиксированный в законодательстве (ч. 1 ст. 20 УК). Однако полное формирование соответствующих личностных структур продолжается по крайней мере до 18 лет, т.е. до окончания несовершеннолетия. Поэтому лишь с достижением совершеннолетия (18 лет), согласно российскому законодательству, лицо приобретает полную гражданскую дееспособность (п. 1 ст. 21 ГК), а несовершеннолетие виновного лица является обстоятельством, смягчающим наказание (п. «б» ч. 1 ст. 61 УК). В то же время способность к осознанной саморегуляции есть и у подростка, хотя она еще находится в процессе становления. В связи с этим с 14 до 16 лет несовершеннолетние привлекаются к уголовной ответственности лишь за наиболее тяжкие правонарушения (ч. 2 ст. 20 УК). Способность к

сознательному руководству своими действиями у несовершеннолетних с аномалиями психического развития существенно снижена.

Вместе с тем сформулированное в ч. 3 ст. 20 УК понятие *отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством* нуждается в уточнении. Основное психологическое содержание данной категории составляет незрелость личности как регулятора социального поведения. Предпосылкой личностной незрелости может быть интеллектуальная ограниченность, обусловленная педагогической запущенностью, а потому являющаяся потенциально компенсируемой.

Есть мнение, что ч. 3 ст. 20 УК может применяться и в тех случаях, когда у несовершеннолетнего имеется как отставание в психическом развитии, так и психическое расстройство, однако последнее не приобретает юридически значимого характера, а юридический критерий соответствует именно отставанию. Так, И. А. Кудрявцевым (1999) предлагается на первом этапе диагностировать отставание в психическом развитии, на втором — осуществлять диагностику психического расстройства, а на третьем этапе определять обусловленность (либо ее отсутствие) отставания в психическом развитии имеющимся психическим расстройством. То есть установление наряду с признаками отставания в психическом развитии психического расстройства, содержащегося в МКБ-10, не должно автоматически относить это отставание в разряд «связанного с психическим расстройством». В подобных случаях предлагается раздельно оценить вклад социальных факторов и психических расстройств в задержку развития и ограничение способности несовершеннолетнего к сознательной саморегуляции в юридически значимый период времени.

Сторонники узкого подхода [Гурьева, 2004] полагают, что для корректного использования ч. 3 ст. 20 УК при установлении непатологических задержек развития должны быть одновременно исключены все психические расстройства болезненного характера, которые могли бы быть диагностированы в соответствии с МКБ-10. По их мнению, при наличии подобных расстройств следует применять ст. 21 или 22 УК.

В то же время констатация отставания в психическом развитии еще не дает ответа на вопрос о мере способности несовершеннолетнего осознавать свои действия и руководить ими. В сравнительно простых (штатных) ситуациях эта способность может сохраняться, в других, более сложных — быть нарушенной. Поэтому одной из задач экспертной оценки является рассмотрение возможности саморегуляции несовершеннолетнего во время инкриминируемого ему деяния с учетом актуального состояния личности и ее динамической организации в конкретной проблемной ситуации. Исходя из сказанного, становится понятной неправомерность отождествления понятий

«отставание в психическом развитии» и «паспортный возраст». В связи с этим вопрос о соответствии психического развития, психологического возраста подростка его паспортному возрасту является некорректным, поскольку он предполагает, что установление несоответствия между психологическим и календарным возрастом несовершеннолетнего может быть основанием для освобождения подростка от уголовной ответственности. Для возрастной психологии общепринятой является трактовка психологического возраста как возрастного периода, характеризующегося качественной спецификой. Этот период применительно к подростковому и юношескому возрасту охватывает несколько лет (подростковый — от 11—12 до *14*—15 лет, юношеский — от *14*—15 до 16—17 лет). Соответственно и возрастные нормы существуют не для конкретного календарного возраста, а по отношению к периоду в целом. То есть возрастные нормы психического развития имеют не количественный, а качественный характер, поэтому выработать определенные средние показатели для 14 или 16 лет нельзя.

Установление у несовершеннолетнего обвиняемого отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, — первый этап, основа для окончательного вывода, который формулируется экспертом-психологом на втором этапе исследования. Предметом экспертизы на данном этапе является оценка возможности несовершеннолетнего в полной мере осознанно управлять своим поведением при совершении правонарушения. При этом возникают неизбежные аллюзии со ст. 22 УК (где также используется формулировка «не в полной мере»). По мнению С. Н. Шишкова (1997), данное противоречие нужно преодолевать путем ужесточения экспертных критериев и применять ч. 3 ст. 20 Кодекса лишь в тех случаях, когда нарушение возможности к осознанному руководству своими действиями у несовершеннолетнего настолько выражено, что приближается к ее отсутствию. Только так может быть оправдано освобождение подростка от уголовной ответственности и принудительных мер воспитательного характера, предусмотренных уголовным законом.

Таким образом, вывод психолога о выраженном ограничении возможности несовершеннолетнего сознательно руководить своими действиями вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, не противоречит заключению психиатра об отсутствии психических расстройств, которые могли бы влиять на юридический критерий.

При констатации менее выраженного ограничения возможности несовершеннолетнего к осознанной регуляции своего поведения оправдано указать в заключении экспертизы на особенности психического развития, которые нашли отражение в его юридически значимом поведении. Это исключает применение к несовершеннолетнему ч. 3 ст. 20 УК, но позволит

учесть при назначении наказания уровень его психического развития и особенности личности в соответствии с ч. 1 ст. 89 УК.

Судебно-психиатрическая экспертиза по оценке уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых

Согласно закону лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания.

УК. Освобождение от наказания в связи с болезнью

- 1. Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера. [...]
- 4. Лица, указанные в частях первой и второй настоящей статьи, в случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные статьями 78 и 83 настоящего Кодекса.

В данной статье говорится о психическом расстройстве, возникшем у лица после совершения им преступления (т.е. в состоянии вменяемости). В отличие от невменяемых, деяния которых не являются преступлением, лица, о которых идет речь в ст. 81 УК, обязаны нести ответственность. Однако она не может быть реализована в наказании, которое неприменимо по двум основаниям:

- 1) в отношении данных лиц, которые занимают в деле процессуальное положение обвиняемых, не могут быть проведены судебно-следственные действия, и дело не может быть окончено вынесением приговора (уголовно-процессуальное препятствие);
- 2) само наказание нельзя ни назначить, ни исполнить по отношению к субъекту с тяжелым психическим расстройством (уголовно-правовое препятствие).

В соответствии с нормами уголовно-процессуального закона участники уголовного судопроизводства наделены широким спектром процессуальных прав и обязанностей, обеспечивающих их активное участие в процессе и одновременно предоставляющих им необходимые процессуальные гарантии для защиты своих законных прав и интересов.

Основные права обвиняемого зафиксированы в ч. 4 ст. 47 УПК.

Обвиняемый вправе:

- 1) *знать, в чем он обвиняется;*
- 2) *получить копию постановления о привлечении его в качестве обвиняемого, копию постановления о применении к нему меры пресечения, копию обвинительного заключения или обвинительного акта;*
- 3) *возражать против обвинения, давать показания по предъявленному ему обвинению либо отказываться от дачи показаний*[1]*;*
- 4) *представлять доказательства;*
- 5) *заявлять ходатайства и отводы;*
- 6) *давать показания и объясняться на родном языке или языке, которым он владеет;*
- 7) *пользоваться помощью переводчика бесплатно;*
- 8) *пользоваться помощью защитника, в том числе бесплатно в случаях, предусмотренных Кодексом;*
- 9) *иметь свидания с защитником наедине и конфиденциально, в том числе до первого допроса обвиняемого, без ограничения их числа и продолжительности;*
- 10) *участвовать с разрешения следователя в следственных действиях, производимых по его ходатайству или ходатайству его защитника либо законного представителя, знакомиться с протоколами этих действий и подавать на них замечания;*
- 11) *знакомиться с постановлением о назначении судебной экспертизы, ставить вопросы эксперту и знакомиться с заключением эксперта;*
- 12) *знакомиться по окончании предварительного расследования со всеми материалами уголовного дела и выписывать из уголовного дела любые сведения и в любом объеме;*
- 13) *снимать за свой счет копии с материалов уголовного дела, в том числе с помощью технических средств;*
- 14) *приносить жалобы на действия* (*бездействие*) *и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда и принимать участие в их рассмотрении судом;*
- 15) *возражать против прекращения уголовного дела по основаниям, предусмотренным ч. 2 ст. 27 Кодекса;*
- 16) *участвовать в судебном разбирательстве уголовного дела в судах первой, второй и надзорной инстанций, а также в рассмотрении судом вопроса об избрании в отношении его меры пресечения и в иных случаях, предусмотренных п. 1—3 и 10 ст. 29 Кодекса;*
- 17) *знакомиться с протоколом судебного заседания и подавать на него замечания;*
- 18) *обжаловать приговор, определение, постановление суда и получать копии обжалуемых решений;*

- 19) *получать копии принесенных по уголовному делу жалоб и представлений и подавать возражения на эти жалобы и представления;*
- 20) *участвовать в рассмотрении вопросов, связанных с исполнением приговора;*
- 21) *защищаться иными средствами и способами, не запрещенными настоящим Кодексом.*

Таким образом, объем прав обвиняемого довольно обширен и подразумевает способность к осмысленной деятельности по реализации предоставленных ему законом возможностей для защиты. В рассматриваемых случаях возникшее после преступления психическое расстройство не позволяет лицу самостоятельно участвовать в судопроизводстве. Он не может в силу болезни адекватно воспринимать имеющие значение для дела обстоятельства, понимать сущность своих процессуальных прав и обязанностей и адекватно их реализовывать. Иными словами, психическое расстройство делает обвиняемого процессуально недееспособным.

Уголовно-процессуальная недееспособность может быть определена как неспособность правильно понимать характер и значение своего процессуального положения и самостоятельно осуществлять свои процессуальные права (свое право на защиту) и выполнять процессуальные обязанности.

Само по себе понятие уголовно-процессуальной дееспособности (УПД) обвиняемого (так же как и потерпевшего) в УПК отсутствует. Вместе с тем в п. 3 ст. 196 УПК содержится формула, близкая к определению УПД. Данная формулировка перекликается с нормой гражданского процессуального законодательства, где выделяется «способность своими действиями осуществлять процессуальные права, выполнять процессуальные обязанности и поручать ведение дела в суде представителю», прямо названная гражданской процессуальной дееспособностью (ст. 37 ГПК).

Согласно ст. 81 УК подразумеваются два варианта освобождения от наказания:

- 1) окончательное освобождение от наказания заболевшего, если психическое расстройство является стойким и малообратимым, исключающим возможность выздоровления, а значит и назначения наказания в будущем. Поэтому в отношении тяжелых и хронических психических расстройств (например, шизофрении), установленных в период производства по делу, каких-либо правовых проблем в применении данной статьи не возникает;
- 2) временное применение ч. 1 ст. 81 УК при обратимом характере расстройства. После выхода такого лица из болезненного состояния

назначение наказания (в пределах сроков давности) вновь становится возможным. При данном варианте применения ст. 81 могут возникать юридические коллизии.

Дело в том, что тяжелые психические расстройства, развившиеся у обвиняемых (подозреваемых) в период производства по уголовному делу (т.е. после совершения преступления, но до вынесения приговора), во-первых, в большинстве случаев носят обратимый характер (как правило, это тяжелые психогенные реакции — реактивные психозы различной психопатологической структуры); во-вторых, данные расстройства обычно наблюдаются у лиц, в отношении которых вопрос об их психическом состоянии во время совершения инкриминируемого им деяния не решался. То есть им ранее не проводилась судебно-психиатрическая экспертиза, и нет решения суда об их вменяемости в отношении инкриминируемых им деяний (юридически данный вопрос является неустановленным). Тем самым ст. 81 УК не охватывает круг ситуаций, когда вопрос о вменяемости-невменяемости обвиняемого остается невыясненным.

Согласно п. 3 ст. 196 УПК («Обязательное назначение судебной экспертизы») назначение и производство судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить «психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве». Таким образом, в случае возникновения сомнений в способности лица самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве назначается экспертиза, при этом в экспертном задании всегда формулируются и вопросы о психическом состоянии лица в период совершения правонарушения. Однако более чем в половине случаев острая психотическая симптоматика временного болезненного психического расстройства не позволяет экспертам ретроспективно установить психическое состояние подэкспертного в момент совершения деяния. В таких случаях в отношении подэкспертных обычно рекомендуется применение мер медицинского характера без решения экспертных вопросов на момент совершения преступления с последующим проведением повторной СПЭ. Однако, исходя из действующего законодательства, к таким обвиняемым не могут быть применены принудительные меры медицинского характера — они не указываются в числе лиц, к которым могут применяться указанные меры, поскольку в п. «б» ч. 1 ст. 97 УК указаны лишь те, кто заболел психическим расстройством после совершения преступления, т.е. вменяемые. Поэтому в случае, если суд назначает такому лицу принудительное лечение и больной помещается в стационар для его прохождения, администрация стационара подчас не может продлить сроки принудительного лечения, поскольку другой суд по месту нахождения стационара может отказаться это делать, считая, что принудительные меры медицинского характера применены ненадлежащим

образом. Для разрешения данной коллизии некоторые специалисты предлагают в экспертном заключении сделать акцент на нарушенной процессуальной дееспособности подэкспертного, т.е. вследствие временного тяжелого заболевания его неспособности самостоятельно защищать свои права и законные интересы (п. 3 ст. 196 УПК) и участвовать в следственных и иных процессуальных действиях (п. 4 ч. 1 ст. 208 или ч. 3 ст. 253 УПК), что определяет необходимость в психиатрическом лечении и применении принудительных мер медицинского характера. Разумеется, наиболее адекватным выходом из ситуации было бы внесение соответствующих изменений в действующее уголовное законодательство.

Таким образом, тяжелое психическое расстройство, развившееся у обвиняемого (подозреваемого) в период производства по делу, подразумевает исключение его непосредственного участия в судебно-следственных действиях в силу полной потери процессуальной дееспособности.

Так, ст. 208 УПК указывает: *предварительное следствие приостанавливается при наличии одного из следующих оснований:*

[...] *временное тяжелое заболевание подозреваемого или обвиняемого, удостоверенное медицинским заключением, препятствует его участию в следственных и иных процессуальных действиях.*

Вопрос к экспертам в данном случае может звучать следующим образом.

Не относится ли имеющееся у Х. психическое расстройство к категории временного тяжелого заболевания, препятствующего его участию в следственных и иных процессуальных действиях?

Сходная норма (ст. 253 УПК) имеет отношение уже к судебному разбирательству: *в случае психического расстройства подсудимого или иной тяжелой болезни, исключающей возможность явки подсудимого, суд приостанавливает производство в отношении этого подсудимого соответственно* до его *выздоровления.*

Вопрос в данных обстоятельствах может быть задан следующим образом.

Не исключает ли имеющееся у Х. психическое расстройство явки в судебное заседание?

Таким образом, временное тяжелое психическое расстройство обвиняемого является одним из оснований приостановления предварительного следствия или судебного разбирательства (здесь уместно провести аналогию со ст. 21 УК, но речь идет не о юридически значимом периоде времени, относящемся к совершению преступления, а о периоде времени, относящемся к

производству по делу). Для установления же наличия у обвиняемого психического расстройства такой глубины, что заболевший лишается возможности самостоятельно участвовать в деле, в силу прямого указания закона требуется экспертиза (п. 3 ст. 196 УПК).

Вместе с тем правовые последствия влекут и менее тяжелые психические нарушения, которые не исключают полностью, но ограничивают процессуальную дееспособность обвиняемого.

Правовые последствия ограничения процессуальной дееспособности устанавливает ст. 51 УПК: *участие защитника в уголовном судопроизводстве обязательно, если подозреваемый, обвиняемый в силу физических или психических недостатков не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту* (п. 3).

Вопрос, соответствующий задаче по экспертной оценке УПД, поэтому может звучать следующим образом.

Способен ли Х. по своему психическому состоянию самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве?

В случае выявления «психических недостатков» участие защитника обеспечивается в порядке ст. 49 УПК, при этом согласно ч. 2 ст. 52 Кодекса «отказ от защитника не обязателен для дознавателя, следователя и суда» в случае, если «подозреваемый, обвиняемый в силу физических или психических недостатков не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту» (п. 3 ч. 1 ст. 51 УК).

Таким образом, установление *психических недостатков,* препятствующих обвиняемому самостоятельно осуществлять свое право на защиту, определяет: 1) обязательное участие защитника в судебном разбирательстве; 2) обязательное проведение предварительного следствия независимо от характера дела (ч. 2 ст. 150 УПК). «Психические недостатки» можно определить как такие психические нарушения, которые *существенно ограничивают* способности к восприятию, пониманию, запоминанию и воспроизведению информации, необходимые для самостоятельной реализации прав на защиту. Клинические характеристики «психических недостатков» приближаются к психическим расстройствам, не исключающим вменяемости (ст. 22 УК). Вынесение заключения об *ограниченной*УПД возможно, к примеру, в отношении лиц, признанных «ограниченно вменяемыми» с различными нозологическими формами психических расстройств (шизофреническим процессом в состоянии ремиссии, расстройствами личности, органическими психическими расстройствами и др.).

В целом уголовно-процессуальная недееспособность может быть раскрыта через два юридических критерия: интеллектуальный и волевой.
Под *интеллектуальным критерием* можно рассматривать неспособность лица понимать характер и значение своего процессуального положения. *Волевой критерий* может быть раскрыт как неспособность лица самостоятельно осуществлять свои процессуальные права и обязанности, возникающие вследствие психопатологически обусловленных волевых расстройств (аспонтанности, тормозимости, торпидности и т.д.).

Таким образом, при решении вопроса об УПД обвиняемого, независимо от экспертной оценки его состояния на момент правонарушения, должна оцениваться его способность защищать свои права и законные интересы путем сопоставления психических нарушений с критериями УПД — интеллектуальным и волевым, что позволяет учитывать случаи, когда подэкспертный был способен осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в период совершения правонарушения, но неспособен самостоятельно защищать свои права и законные интересы в ходе производства по делу.

- [1] При согласии обвиняемого дать показания он должен быть предупрежден о том,что его показания могут быть использованы в качестве доказательств по уголовномуделу, в том числе и при его последующем отказе от этих показаний, за исключениемслучая, предусмотренного п. 1 ч. 2 ст. 75 УПК.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

Ежегодно в нашей стране проходят судебно-психиатрическую экспертизу несколько тысяч потерпевших по уголовным делам[1]. Активно участвуя в судебно-следственном процессе, потерпевший может влиять на его течение и исход. Его показания рассматриваются как самостоятельный вид доказательств по делу и приобретают особенно важное значение при отсутствии иных свидетелей преступления. Практика СПЭ свидетельствует о том, что нередко жертвами противоправных действий являются лица с различными формами психической патологии.

Необходимо отметить, что в судебной психиатрии потерпевшие и свидетели традиционно рассматриваются в одной группе, поскольку обладают сходными процессуальными правами и обязанностями. Сходен и круг вопросов, которые решают судебные психиатры-эксперты при проведении СПЭ потерпевших и свидетелей. В то же время, помимо общих экспертных вопросов в отношении этих двух категорий, круг задач, решаемых в отношении потерпевших, значительно шире.

К *экспертным исследованиям, проводимым как потерпевшим, так и свидетелям,* относятся:

- • экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих способность давать показания;
- • экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих уголовно-процессуальную дееспособность.

Следующие *экспертные исследования проводятся только потерпевшим:*

- • экспертиза по определению психических расстройств, обусловливающих беспомощное состояние;
- • экспертиза по определению степени тяжести телесных повреждений (комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская);
- • экспертиза по делу о компенсации морального вреда (в рамках гражданского судопроизводства)[2].

Процессуальные функции потерпевшего не могут быть сведены только к даче показаний по делу. Так, потерпевшие по закону имеют право отстаивать свои интересы, заявлять отводы и ходатайства, участвовать в исследовании доказательств, задавать вопросы, выражать свое отношение к следствию, знакомиться с его результатами (ст. 42 УПК). Налагаются на потерпевшего и определенные обязанности: он должен давать правдивые показания, участвовать в очных ставках, опознании, следственном эксперименте, в случае необходимости — подвергаться освидетельствованию, представлять образцы своего почерка и т.д. (ст. 78, 193, 196 и 202 УПК).

Свидетелю предоставлено право отказаться свидетельствовать против самого себя и близких родственников, давать показания на родном языке и пользоваться услугами переводчика, заявлять ходатайства и приносить жалобы на действия и решения следователя, ходатайствовать о применении мер безопасности. Одновременно он не вправе уклоняться от явки по вызовам следователя и суда, давать заведомо ложные показания, разглашать данные предварительного расследования (ст. 56 УПК).

Круг прав потерпевшего и свидетеля, связанный с назначением и производством судебной экспертизы, зафиксирован в ст. 198 УПК: они вправе знакомиться с постановлением о назначении судебной экспертизы, заявлять отвод эксперту или ходатайствовать о проведении судебной экспертизы в другом экспертном учреждении, знакомиться с заключением эксперта.

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению способности к даче показаний и процессуальной дееспособности. Способность к даче показаний является составной частью процессуальной дееспособности, так как дача показаний — право и обязанность потерпевшего (п. 2 ч. 2 ст. 42, ст. 78 УПК)

и свидетеля (ст. 56 и 79 УПК). Обязательность назначения судебно-психиатрической экспертизы по способности потерпевших к даче показаний закреплена в п. 4 ст. 196 УПК: «...Назначение и производство судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить: ... 4) психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания».

Вопрос, соответствующий этой задаче, может быть сформулирован следующим образом.

Способен ли по своему психическому состоянию подэкспертный правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания?

В отношении свидетелей такая СПЭ может проводиться только с их согласия или с согласия их законных представителей (п. 4 ст. 195 УПК).

Определение способности потерпевших с психическими расстройствами правильно воспринимать обстоятельства и давать о них показания тесно связано с клиническими проявлениями психической патологии, уровнем интеллектуально-мнестического развития, личностными особенностями, характером противоправных действий, совершенных против них, т.е. с обстоятельствами, во многом обусловливающими виктимность[3] и способность оказывать сопротивление преступнику, поэтому указанные вопросы непосредственно связаны между собой при проведении СПЭ (рис. 4).

Правовые нормы, касающиеся способности давать показания и уголовно-процессуальной дееспособности, не содержат медицинского критерия как такового, поскольку там нет понятия «психическое расстройство», а используются более широкие категории «психическое состояние» (ст. 45 и 196 УПК), «психические недостатки» (ст. 51 Кодекса). Поэтому оправдана постановка соответствующего вопроса и к психологу.

Учитывая уровень психического развития, индивидуально-психологические особенности, эмоциональное состояние подэкспертного, а также конкретные условия ситуации правонарушения, мог ли он правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может ли давать о них показания?

Этот вопрос относится лишь к потенциальной способности правильно воспринимать обстоятельства и давать о них показания, достоверность же, соответствие показаний действительности устанавливаются судебно-следственными органами [Морозова, 2005].

Подход к ограничению *уголовно-процессуальной дееспособности* потерпевшего почти идентичен таковому у обвиняемых, о чем говорится в ст. 45 УПК: *для защиты прав и законных интересов потерпевших, являющихся несовершеннолетними или по своему физическому или психическому состоянию лишенных возможности самостоятельно защищать свои права и законные интересы, к обязательному участию в уголовном деле привлекаются их законные представители или представители.*

Для определения процессуальной дееспособности потерпевших Ю. Л. Метелицей (1990) предложен следующий вариант формулировки юридического критерия: «способность правильно воспринимать характер и значение правонарушения и своего процессуального положения и самостоятельно осуществлять свои процессуальные права». Эти способности у потерпевших могут быть нарушены под влиянием психопатологических (наличие выраженных психических расстройств) и ситуационных (психотравмирующее влияние следственных мероприятий) факторов.

- [1] Так, в 2015 г. в России прошли освидетельствование в СПЭУ 12 006 свидетелейи потерпевших, что составило 4,6% от общего числа СПЭ [Мохонько, Макушкин, Муган-цева, 2016].
- [2] Согласно постановлению Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» применительно к ст. 44 УПК потерпевший, т.е. лицо, которому преступлением причиненморальный, физический или имущественный вред (ст. 42 УПК), вправе предъявитьгражданский иск о компенсации морального вреда при производстве по уголовномуделу. Вопросы проведения СПЭ по делам о компенсации морального вреда изложеныв гл. 6 учебника.
- [3] Виктимность (от лат. victima — жертва; комплекс жертвы, роль жертвы) — склонность субъекта к поведению, повышающему шансы на совершение в отношении негопреступления. Виктимность изучает межотраслевая дисциплина — виктимология.

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению беспомощного состояния.

На беспомощное состояние как отдельный признак состава преступления указывают ст. 105 (п. «в» ч. 2) — убийство, ст. 111 (п. «б» ч. 2) — умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, ст. 112 (п. «в» ч. 2) — умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, ст. 117 (п. «в» ч. 2) — истязание, ст. 131 (ч. 1) — изнасилование, ст. 132 (ч. 1) — насильственные действия сексуального характера. Обстоятельством,

отягчающим ответственность при иных преступлениях, является «беспомощное состояние» жертвы (п. «з» ч. 1 ст. 63 УК).

Предмет экспертизы по определению беспомощного состояния установлен в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2004 № 11 «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных статьями 131 и 132 Уголовного кодекса Российской Федерации», где указано, что «изнасилование (статья 131 УК РФ) и насильственные действия сексуального характера (статья 132 УК РФ) следует признавать совершенными с использованием беспомощного состояния потерпевшего лица в тех случаях, когда оно в силу своего физического или психического состояния (слабоумие или другое психическое расстройство, физические недостатки, иное болезненное либо бессознательное состояние, малолетний или престарелый возраст и т.п.) не могло понимать характер и значение совершаемых с ним действий либо оказать сопротивление виновному лицу. При этом лицо, совершая изнасилование либо насильственные действия сексуального характера, должно сознавать, что потерпевшее лицо находится в беспомощном состоянии». Констатация «беспомощного состояния» относится к компетенции суда. Здесь же указывается, что при решении вопроса о том, является ли состояние потерпевшего беспомощным, суд должен исходить из имеющихся доказательств по делу, «включая соответствующее заключение эксперта, когда для установления психического или физического состояния потерпевшего проведение экспертизы является необходимым».

Вопрос, решаемый в ходе судебно-психиатрической экспертизы, может звучать следующим образом.

Имелось ли у потерпевшего во время совершения в отношении него противоправных действий психическое расстройство, определявшее его неспособность понимать характер и значение совершаемых с ним действий либо оказать сопротивление обвиняемому?

В работах М. М. Коченова (1991) предложены следующие показатели способности потерпевших понимать характер и значение совершаемых с ними действий: осознание угрожающего характера ситуации на ранних этапах ее развития; поведение, адекватное по основным признакам требованиям ситуации; правильное понимание нравственно-этической стороны происходящего; способность в дальнейшем рационализировать случившееся в собственное поведение. К показателям возможности оказывать сопротивление автор относит сохранность целенаправленного поведения, устойчивость к внешним воздействиям, отсутствие психического состояния типа физиологического аффекта. Ф. С. Сафуанов (1998) указывает, что сохранность способности потерпевших понимать сексуальную направленность и социальное значение совершаемых с ними насильственных

действий зависит от многих психологических факторов, взаимодействующих с особенностями криминальной ситуации, ведущими из которых являются: уровень психического развития, уровень сексуального сознания и самосознания потерпевшего, эмоциональное состояние потерпевшего в криминальной ситуации (аффект страха с частичным сужением сознания и дезорганизацией волевой регуляции поведения), что снижает возможность осознания происходящего, понимания смысла собственных поступков и поведения преступника.

В научных исследованиях последних десятилетий доказано, что существует широкая область пограничных психических расстройств, в отношении которых возникает необходимость установить соотношение нарушенных и сохранных сторон психики у потерпевших с психическими расстройствами, определить характер взаимного влияния стрессового и психопатологического факторов на юридически значимые способности и конкретную меру их проявления как в криминальной ситуации, так и в ходе судебно-следственного процесса. Вместе с тем перечень признаков, лежащих в основе беспомощности, является открытым. Это допускает обусловленность беспомощности действием факторов, не идентичных психическим расстройствам, природа которых носит больше психологический, а не психопатологический характер. Поэтому возможна и формулировка экспертного задания, исходящего из необходимости обращения к специальным психологическим познаниям.

Учитывая уровень психического развития, возрастные и индивидуально-личностные особенности, мог ли потерпевший понимать характер и значение совершаемых с ним действий либо оказать сопротивление обвиняемому во время совершения в отношении него противоправных действий?

В определении юридического критерия беспомощного состояния имеются два компонента, характеризующие его структуру: интеллектуальный (неспособность понимать характер и значение совершаемых действий) и волевой (неспособность оказывать сопротивление). Наличие любого из этих компонентов оказывается достаточным основанием для констатации психической беспомощности, поскольку свидетельствует о нарушенной способности к формированию поведения, обозначенного М. М. Коченовым (1980) как «последовательно адекватное ситуации».

Раскрытие содержательной стороны интеллектуального компонента юридического критерия, основанное на теории понимания, предложено Ю. Л. Метелицей (1990). Для оценки имеющихся у потерпевших психических расстройств автор выделяет четыре уровня понимания потерпевшими характера и значения совершаемых с ними действий:

- 1) понимание внешней стороны юридически значимых событий;
- 2) понимание фактической стороны (или внутреннего содержания);
- 3) понимание их социального значения;
- 4) понимание социального значения юридически значимых событий на уровне личностного смысла.

При этом для констатации беспомощности достаточно нарушения понимания на одном из этих уровней. В соответствии с выделенными уровнями анализ интеллектуального компонента показывает, что в основе понимания *характера*действий виновного лежит правильное отражение их внешней стороны, фактического содержания обстоятельств происходящего. Под пониманием *значения*— смысловой аспект отражения действий в сознании — подразумевается отношение этих действий к морально-этическим и правовым нормам, отношение своих мотивов и целей к мотивам и целям действий преступника, отношение последствий совершаемых действий к собственному будущему. Таким образом, категории «неспособность понимать характер» будут соответствовать нарушениям 1-го и 2-го уровней понимания (внешней стороны юридически значимых событий, их фактической стороны), а «неспособности понимать значение» — нарушениям 3-го и 4-го уровней (социального значения юридически значимых событий, в том числе на уровне личностного смысла). Вместе с тем исходя из практических потребностей при проведении СПЭ потерпевших в работах

А. Ю. Березанцева, Т. Ю. Филатова (2010) данные уровни понимания были уточнены. Сформулирована классификация вариантов юридического компонента психической беспомощности, в которой были объединены первый и второй, а также третий и четвертый уровни, и выделены два уровня понимания: 1-й уровень — понимание (осмысленное восприятие) внешней, фактической стороны событий, разворачивающихся в рамках криминальной ситуации (время, место, внешность правонарушителя и т.д., а также формальное понимание сути происходящего) по всем видам правонарушений; 2-й уровень — это понимание и оценка потерпевшим социального значения и личностного смысла противоправных действий.

Дело в том, что классификация Ю. Л. Метелицы была создана на материале преимущественно малолетних потерпевших, у которых понимание нарушено уже на первых двух уровнях, и оказалась малоприменимой ко взрослым потерпевшим с психическими расстройствами. «Укрупнение» интеллектуальных вариантов юридического компонента психической беспомощности позволяет экстраполировать ее не только на преступления по статьям УК, где параметр беспомощного состояния является кодифицированным признаком состава преступления, но и на остальные статьи Кодекса, по которым лица с психическими расстройствами могут выступать в качестве потерпевших (в частности, имущественные

правонарушения). Например, совершая сделку, лицо с тяжелым психическим расстройством может понимать ее формальную сторону, но в силу нарушений прогностических способностей не предвидеть ее личностных и социальных последствий, т.е. нарушение отмечается на втором обобщенном уровне, что можно интерпретировать как беспомощное состояние жертвы и отягчающее ответственность обстоятельство (п. «з» ч. 1 ст. 63 УК).

Актуальная возможность реализации потенциальной способности потерпевших понимать «характер» и «значение» совершаемых с ними действий зависит и от ситуационного фактора. Н. Б. Морозовой (1999) выделено три типа ее ограничений или утраты: *психогенный* (в результате психотравмирующего воздействия сексуального насилия и возникновения острых аффективно-шоковых или субшоковых реакций с аффектом страха и психогенной дезорганизацией мышления); *травматический* (при получении черепно-мозговой травмы с нарушением сознания); *интоксикационный* (вследствие состояния выраженного алкогольного опьянения и интоксикации при приеме различных психоактивных веществ). Во многих работах показано, что волевой компонент (способность оказывать сопротивление) зависит, с одной стороны, от сохранности интеллектуального компонента, с другой — от способности к целенаправленному, последовательному, адекватному поведению в ситуации выбора. Сочетание возрастного, психопатологического или личностного факторов в каждом конкретном случае может быть разным, в некоторых вклад одного из них может оказаться преобладающим, что определяет компетенцию соответствующего эксперта.

Что касается потерпевших от сексуальных деяний, то в основе их потенциальной способности понимать характер и значение подобных действий лежит степень сформированное™ базовых психологических структур сексуальности. Так, практически полная неспособность понимать характер и значение сексуальных действий соответствует этапу становления полового самосознания (до 6—7 лет); понимание характера при недостаточном понимании (или полном непонимании) значения сексуальных действий типично для этапа психосексуального развития в возрасте 7—12 лет; формирование данной способности в полном объеме происходит на этапе психосексуальных ориентаций, завершение которого относится к 18 годам [Ткаченко, Дворянчиков, Догадина, 1999; Морозова, 2005].

К показателям возможности *оказывать сопротивление* относятся сохранность целенаправленности поведения, устойчивость к внешним воздействиям, отсутствие психического (эмоционального) состояния, способного оказывать астенизирующее и тормозящее влияние. Ю. Л. Метелица (1990) выделял следующие формы нарушений волевых процессов: а) выраженное снижение спонтанности поведения в виде торпидности, вялости, аспонтанности; б) выраженная импульсивность и расторможенность

влечений (встречающиеся, например, при неглубоких степенях умственной отсталости); в) патологически повышенные внушаемость и подчиняемость.

Особое место занимает алкогольное опьянение, которое влияет на критические и прогностические компоненты психики и может резко ограничивать физические способности к сопротивлению. При этом согласно постановлению Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2004 №11 «не имеет значения, было ли оно (потерпевшее лицо) приведено в такое состояние самим виновным... или находилось в беспомощном состоянии независимо от действий лица, совершившего... преступление». Алгоритм дифференцированной судебно-психиатрической оценки беспомощного состояния и способности давать показания представлен на рис. 4. А ниже приводится клиническое наблюдение.

Подэкспертная Х., 31 год, потерпевшая в уголовном деле по ст. 131 (изнасилование) и свидетель в уголовном деле по обвинению К. по ст. 111 УК РФ (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью).

Родители подэкспертной злоупотребляли алкогольными напитками, отец покончил жизнь самоубийством, мать умерла, когда подэкспертной было 24 года. С раннего детства Х. отставала в психическом развитии, поздно начала ходить, разговаривать (в 5—6 лет). В возрасте 5 лет обследовалась в детской психиатрической больнице, затем наблюдалась врачами психоневрологического диспансера (ПНД) с диагнозом «Олигофрения в степени выраженной дебильности». В школе начала обучаться с 8 лет, с учебной программой массовой школы не справлялась, была переведена во вспомогательную школу, где также училась слабо, оставалась на второй год обучения. Х. занималась сугубо по индивидуальной программе по всем предметам, быстро истощалась, была невнимательной, писала с большим количеством ошибок, не могла

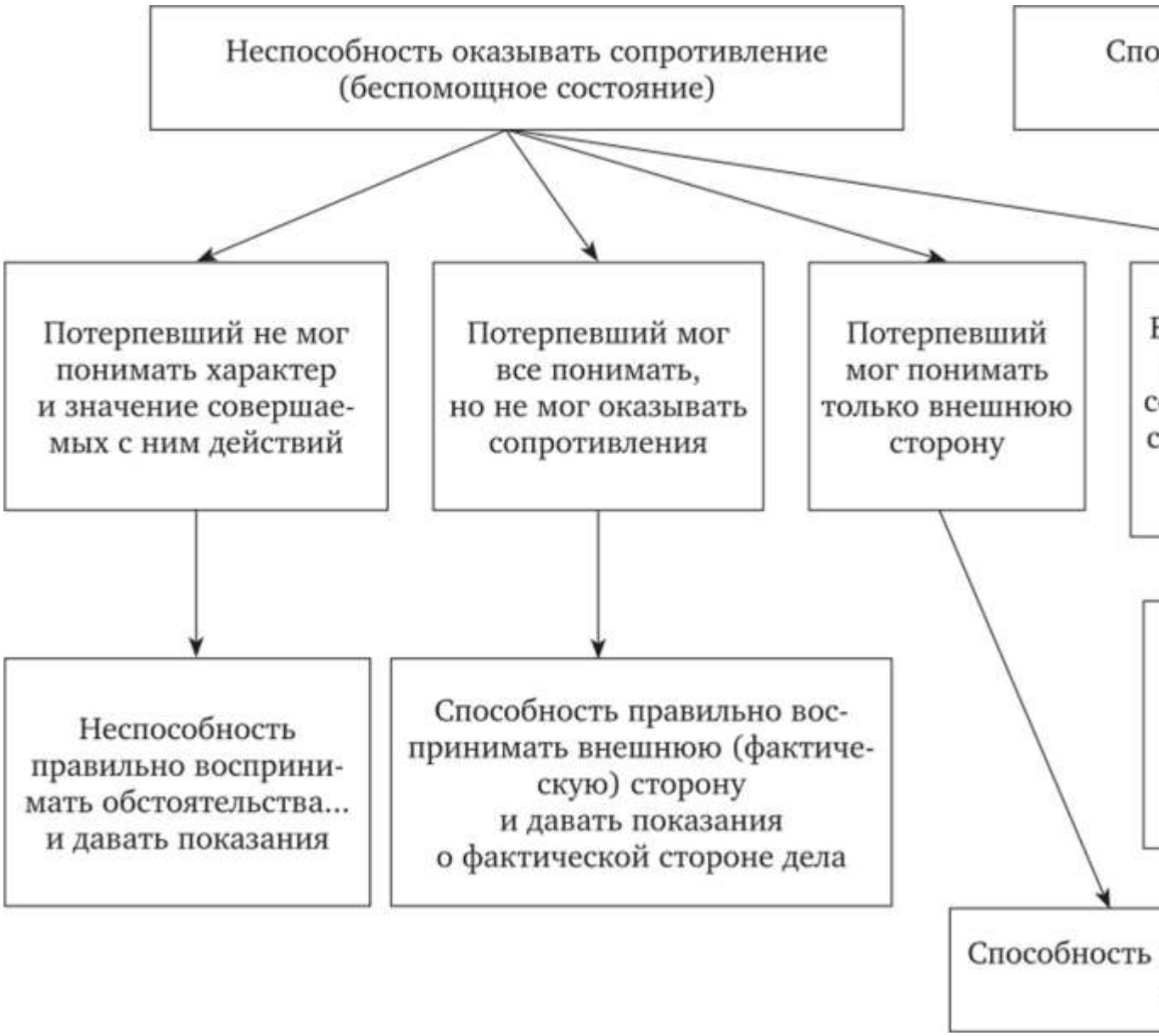


Рис. 4. Алгоритм дифференцированной судебно-психиатрической оценки беспомощного состояния и способности давать показания сделать логического вывода из прочитанного, плохо считала, абстрактные понятия, обобщения были недостаточными. Была внушаемой, подчиняемой, безынициативной, «примитивной». Окончив 8 классов, в последующем нигде не работала и не училась. В 18 лет при осмотре в ПНД отмечалось, что речь Х. не развита, она была пассивна, крайне примитивна, на вопросы отвечала не по существу. В том же году с диагнозом «Олигофрения в степени выраженной дебильности» ей была установлена 2-я группа инвалидности. При посещении ПНД в последующем она жаловалась на головные боли, головокружение, нарушение сна, говорила, что ничего не умеет делать. У нее выявлялись вялость, безынициативность, пассивность, бедный словарный запас. В течение последних нескольких лет у Х. отмечались раздражительность, эмоциональная неустойчивость, в связи с чем назначалось соответствующее лечение. По-прежнему у нее оставалось выраженное интеллектуально-мнестиче- ское снижение, «примитивность»,

отсутствие критики к своему состоянию. После смерти матери она проживала с бабкой и дедом. В возрасте 23 лет Х. прошла амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу по гражданскому делу о признании ее недееспособной. В тот период она внешне была спокойной, активности в беседе не проявляла, на вопросы отвечала короткими фразами, имела малый запас слов, писала с ошибками, не справлялась с простейшими арифметическими задачами. По-детски хвастливо сообщала, что бабка доверяет ей покупать хлеб и молоко, знала цены на них, но на другие продукты — не знала. Говорила, что дома пылесосит, выносит мусор, чистит овощи, но варить ничего не умеет, не знает, как пользоваться газовой плитой. Указывалось, что запас знаний у нее был крайне мал, в житейских ситуациях она не ориентировалась. Критика к своему состоянию у нее была нарушена. Комиссией был установлен диагноз «Олигофрения в степени выраженной дебильности» и дано заключение о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими. В последующем судом Х. была признана недееспособной, опекуном была назначена ее тетка. При осмотрах в ПНД отмечалось, что подэкспертная «глубоко слабоумна», раздражительна, ей назначалось лечение. После смерти бабки и деда Х. проживала вместе с двоюродным братом К., который заботился о ней, взаимоотношения между ними были дружескими. *Как следует из материалов уголовного дела,* от опекуна Х. поступило заявление в прокуратуру об изнасиловании Х. неизвестными лицами ночью в дачном доме. В своих первых показаниях Х. сообщила, что около 22 ч 30 мин. на дачу пришел ее друг С. со своим другом В., который предложил ей «заняться любовью», она согласилась. Спиртные напитки они не употребляли. Около 23 ч 30 мин. в дом вошел ее брат К. Ему, очевидно, не понравилось, что В. лежал голым с ней на кровати, и он предложил ему «выйти и поговорить». В. оделся и вышел, при этом свои трусы и носки оставил в доме. На улице К. стал кричать на В., а затем наносить удары по его голове и телу, тот упал и остался лежать. На следующем допросе Х. показала, что тем вечером С. и В. пришли в дом и стали ее насиловать, били ее, угрожали убийством, если она не ляжет в постель. Затем приехал ее брат, который стал ругаться с В., они вышли на улицу. Сообщила, что последующие события не помнит. Настаивала на том, что в первых показаниях говорила неправду, почему — не знает, теперь говорит правду.

При клиническом психолого-психиатрическом обследовании в судебнопсихиатрическом экспертном учреждении у Х. со стороны внутренних органов физикально определяемой патологии не обнаружено. Неврологическое состояние: реакция зрачков на свет живая. Лицевая иннервация симметрична.

В позе Ромберга устойчива. Знаков очагового поражения центральной нервной системы не выявлено. Психическое состояние: понимала, что находится в медицинском учреждении и беседует с врачами, но цель

обследования не знала. Текущую дату назвала приблизительно. Держалась напряженно, настороженно, беспокойно, теребила пальцами свою одежду. Ее настроение было сниженным, выражение лица — испуганным. Продуктивному контакту Х. была малодоступна, на простейшие вопросы (назвать адрес места жительства, имена родных) отвечала правильно, односложно, при более сложных вопросах — терялась, не понимала их смысла, отвечала не по существу, часто ссылалась на запамятование. Не знала, сколько лет ее брату, племяннику. Отмечалось, что ее фразовая речь была практически не развита, словарный запас — крайне ограничен. Предъявляла жалобы на частые головные боли, нарушение сна, с чем связывала лечение в ПНД. С трудом, с многочисленными наводящими вопросами рассказала свой распорядок дня и основные занятия, сообщила, что основное время проводила под надзором тетки. Указывалось, что навыки самообслуживания у нее существенно ограничены, нуждается в постоянном надзоре. По поводу содеянного в отношении нее правонарушения рассказывала сбивчиво, непоследовательно, при этом плакала. Путано говорила, что вечером пришли С. и В., «попросились посмотреть телевизор». Затем они оба стали избивать ее, «по голове давали кулаком», требовали раздеться, лечь на кровать, угрожали убийством, затем сами сняли с нее одежду и стали «сильно насиловать». Она сопротивлялась, кричала, поэтому они били ее. У нее отмечалось сугубо конкретное, непродуктивное мышление, низкий интеллект, абстрагирование, а также условный смысл пословиц и поговорок ей были недоступны. Эмоциональные проявления ее были малодифференцированными, бедными, однообразными. Отмечалось, что Х. инфантильна, повышенно внушаема, подчиняема. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации была нарушена.

Экспертная комиссия пришла к заключению, что Х. страдает тяжелой умственной отсталостью. Об этом свидетельствовали анамнестические данные о ее отставании в психическом развитии с раннего детства, неспособности усвоения учебной программы вспомогательной школы, неразвитости навыков самообслуживания, слабой ориентации в житейских ситуациях, выраженные интеллектуально-мнестические расстройства, в связи с чем над ней как над недееспособной была учреждена опека. Диагностическое заключение также подтверждали выявленные при обследовании непродуктивность мышления, грубые интеллектуально-мнестические расстройства, несформи- рованность навыков чтения, счета и письма, недоступность понимания условного смысла пословиц и поговорок, эмоциональная бедность, выраженная инфантильность, внушаемость, подчиняемость, нарушение прогностических и критических способностей. Также указывалось, что Х. в период совершения в отношении нее противоправных действий не понимала характера и значения совершаемых с нею действий, не могла оказывать сопротивление. Х. не могла правильно воспринимать обстоятельства уголовного дела и не может давать показания.

Таким образом, у потерпевшей выявлялось нарушение первого уровня понимания — осмысленного восприятия внешней, фактической стороны событий, разворачивающихся в рамках криминальной ситуации (место, внешность правонарушителя, последовательность совершаемых им противоправных действий). В процессе следствия Х. давала отрывочные, неоднозначные, противоречивые показания на допросах; при описании криминальной ситуации, интересующей следствие, меняла фабулу происшедшего. В силу выраженности у нее хронического психического расстройства, грубых нарушений критических и прогностических способностей она были не в состоянии критически оценить и адекватно воспроизвести даже внешнюю, фактическую сторону криминальной ситуации. То есть у Х. можно констатировать психическую беспомощность (невозможность понимать характер и значение и оказывать сопротивление). Потерпевшая Х. не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания.

Судебно-психиатрическая экспертиза по определению степени тяжести телесных повреждений, повлекших психическое расстройство у потерпевших. Данная проблема в настоящее время остается недостаточно разработанной и содержит определенные противоречия, хотя в последние годы предприняты шаги к выработке алгоритмов экспертной оценки повреждений, повлекших психические расстройства [Печерникова, Морозова, 2004; Ткаченко, Яковлева, 2008; Ткаченко, 2012]. Судебные психиатры и судебные медики считают, что психогенные состояния, возникающие в результате противоправных действий преступника, должны рассматриваться как телесные повреждения, повлекшие психические расстройства (ПППР). Такой подход согласуется с основными положениями психиатрии и современными международными классификациями, в которых психогении определены как «реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Многими исследователями психогении описаны как тяжелые заболевания (психогенные реакции психотического уровня), которые нередко приобретают затяжной характер и вызывают постреактивные изменения личности.

В *Медицинских критериях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека,* «под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целости и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды» (п. 5)[1]. Таким образом, психическая травма («психогенные факторы») включается в перечень причин, способных причинить вред здоровью.

Согласно п. 9 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека «при проведении судебно-медицинской экспертизы в отношении живого лица, имеющего какое-либо предшествующее травме

заболевание либо повреждение части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией, учитывается только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный»[1] [2].

Таким образом, согласно действующим законодательным и нормативным актам степень тяжести вреда здоровью должна определяться у потерпевших с установлением причинно-следственных связей между психической травмой и развившимся психическим расстройством. Этот аспект является весьма существенным, поскольку у потерпевшего могло иметься психическое расстройство и до преступных посягательств в отношении него. Поэтому экспертная оценка включает ретроспективную, презентальную и прогностическую оценку психического состояния потерпевших. Констатация психических расстройств у потерпевших в докриминальный период не исключает их экспертную оценку после совершения правонарушения, так как возможно их психогенное видоизменение (утяжеление) или появление новых расстройств.

Согласно п. 6 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека «степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется врачом — судебно-медицинским экспертом медицинского учреждения либо индивидуальным предпринимателем, обладающим специальными знаниями и имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по судебно-медицинской экспертизе»; однако «при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, повлекшего за собой психическое расстройство и или заболевание наркоманией либо токсикоманией, судебно-медицинская экспертиза проводится комиссией экспертов с участием врача-психиатра и или врача-нарко- лога либо врача-токсиколога (п. 11 Правил). В соответствии с п. 22 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в случае возникновения необходимости в специальном медицинском обследовании живого лица проводится комиссионная судебно-медицинская экспертиза с участием врачей- специалистов тех медицинских учреждений, в которых имеются условия, необходимые для ее проведения. Поскольку определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью потерпевшего, при наличии у него психического расстройства относится к предмету как судебно- медицинской, так и судебно-психиатрической экспертизы, указанная комиссионная экспертиза должна быть комплексной.

Комплексная судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза должна поручаться следователем или судом одновременно двум учреждениям — учреждению судебно-медицинской экспертизы и учреждению СПЭ.

Наиболее обстоятельно комплексные судебно-медицинские и судебно-психиатрические экспертизы изучены на потерпевших, перенесших черепно-мозговые травмы. Исследования [Печерникова, Морозова, Смирнова, 1995; Лазько, 1996] показывают, что судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших, получивших черепно-мозговую травму (ЧМТ) в криминальной ситуации, имеет свои особенности, и последствия ЧМТ зависят от целого ряда факторов: тяжести ЧМТ, глубины и выраженности расстройств сознания, продолжительности и стойкости ретро- и антероградной амнезии, динамики травматической болезни головного мозга, изменений в психическом состоянии лиц, получивших ЧМТ, на различных этапах юридически значимой ситуации и ко времени их освидетельствования на СПЭ и др. В случаях легких черепно-мозговых травм, как правило, после кратковременной потери сознания отмечаются общемозговые проявления острого периода травмы, при редукции которых остаются незначительные церебра- стенические симптомы. То есть негативные последствия ЧМТ для психики проявляются прежде всего в виде формирования органических психических расстройств, что связано с непосредственным повреждающим воздействием ЧМТ на центральную нервную систему. В то же время особенности криминальной ситуации (неожиданное нападение с ограблением и нанесением побоев и т.п.) нередко служат «психогенным фактором», оказывающим специфическое влияние на течение травматической болезни головного мозга, провоцирующим возникновение различного рода психических расстройств. Отмечено, что у потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации, в ряде случаев возникают стойкие и продолжительные аффективные нарушения, тревожно-фобические, истерические и ипохондрические расстройства, заострение индивидуально-психологических особенностей с нарушением социальной адаптации, а в некоторых случаях — и психотические состояния. Вместе с тем криминальная ситуация далеко не всегда сопровождается физическими травмами (в том числе ЧМТ) потерпевших, и ее патогенное воздействие может исчерпываться исключительно психогенными механизмами, что соответствует «психогенным факторам внешней среды» дефиниции «вреда здоровью» в *Медицинских критериях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.* Необходимо отметить, что получение физических травм в криминальной ситуации, несомненно, усиливает ее патогенное психологическое влияние на личность потерпевшего. Кроме того, ряд правонарушений (например, сексуального характера) обладают повышенным патогенным влиянием на психику потерпевших.

Оценка *степени тяжести телесных повреждений, повлекших психические расстройства* (ПППР), на сегодняшний день с правовой точки зрения неоднозначна. Так, в ст. 111 УК говорится, что «умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой... психическое расстройство... или вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или заведомо

для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности, — наказывается лишением свободы на срок до восьми лет». В статьях УК, где говорится о вреде здоровью меньшей тяжести (например, в ст. 112 и 115), психическое расстройство не фигурирует. При буквальном толковании формулировок УК всякое психическое расстройство делает уголовно наказуемый вред здоровью тяжким. Между тем это противоречит психиатрической науке, где под психическими расстройствами подразумеваются различные по глубине и продолжительности нарушения психики.

Кроме того, некоторые квалифицирующие признаки, содержащиеся в соответствующих статьях УК (ст. 111, 112, 115) не могут быть использованы при проведении судебно-психиатрических экспертиз. Так, например признак стойкой утраты общей трудоспособности неприменим к детям и подросткам, а также к взрослым, у которых неглубокие психические расстройства не привели к стойкой утрате трудоспособности, но существенным образом сказались на других аспектах жизни. Поэтому в качестве аналога «утраты трудоспособности» можно было бы использовать понятие «нарушение адаптации», которое включает в себя дисфункции вследствие психического расстройства в различных сферах жизнедеятельности:

- 1) социальная дезадаптация (нарушение способности к общению и самоконтролю при социальных интеракциях;
- 2) семейная дезадаптация (нарушение семейного функционирования, включая сексуальные отношения);
- 3) трудовая дезадаптация (снижение способности заниматься трудовой деятельностью);
- 4) школьная дезадаптация (снижение способности к обучению и самоконтролю в школьной среде, у детей дошкольного возраста — ограничение способности к обучению бытовым и прочим навыкам).

Параметры длительности расстройств адаптации могут быть аналогичны использующимся в судебной медицине для физических повреждений. Таким образом, *временной* можно считать дезадаптацию, длящуюся менее 120 дней (она может быть кратковременной — до трех недель, и длительной временной — от трех недель до 120 дней). Стойкой дезадаптацией можно было бы считать длящуюся более 120 дней.

Необходимо отметить, что если с кодифицированной «утратой трудоспособности» при оценке ППРР (которая подтверждается предоставлением больничного листа) проблем не возникает, то использование категории «расстройств адаптации» применимо лишь как дополнение к диагностике психического расстройства. Кроме того, критерии оценки степени расстройств адаптации (выраженной, средней, легкой), которые можно было бы соотнести со степенью тяжести телесных

повреждений, повлекших психические расстройства, на сегодняшний день не разработаны.

Помимо глубины и длительности протекания психического расстройства, определяющих выраженность нарушений адаптации, нужно учитывать такой квалифицирующий признак тяжкого вреда здоровью, как *вред, опасный для жизни,* который применительно к психогенным расстройствам включает две составляющие: суицидальное поведение с завершенными или незавершенными по не зависящим от суициден- тов причинам самоубийствами, а также развитие таких психических и соматических состояний, которые не могут быть компенсированы потерпевшим самостоятельно и потенциально могут закончиться смертью (например, нервная анорексия).

Таким образом, методология определения «вреда здоровью» состоит в соединении медицинского (диагностика психического расстройства, имеющего причинно-следственную связь с совершенным в отношении потерпевшего правонарушением) и юридического критериев. Юридический критерий «тяжести вреда здоровью от ПППР» может включать: а) опасность для жизни; б) длительность и глубину расстройства здоровья; в) выраженность и стойкость утраты трудоспособности (нарушений адаптации).

Исходя из сказанного, можно сформулировать следующие квалифицирующие признаки: установление вреда здоровью, опасного для жизни, и стойкой выраженной дезадаптации соответствует тяжкому вреду; длительное расстройство здоровья с умеренно выраженной дезадаптацией — вреду средней тяжести; кратковременное расстройство здоровья с незначительной дезадаптацией — легкому вреду.

Если обратиться к клиническим категориям, то кратковременные невротические реакции следует рассматривать как последствия легких телесных повреждений; тяжелые психогенные расстройства (психозы) у потерпевших, протекающие не менее 3 недель, а также выраженные невротические состояния длительностью до 120 дней должны расцениваться как средней тяжести телесные повреждения; затяжные неврозы, постреактивные (постпсихотические) изменения личности и нарушения психосексуального развития следует приравнивать к хроническим психическим расстройствам и рассматривать как тяжкий «вред здоровью».

Таким образом, в наиболее полной степени на сегодняшний день может решаться вопрос установления причинно-следственной связи между перенесенной травмой и развившимся вслед за ним психическим расстройством, в то время как значительные трудности связаны с отсутствием законодательного ранжирования тяжести этих психических расстройств.

Вопрос, соответствующий данной задаче экспертного исследования, может звучать следующим образом.

Имеются ли у потерпевшего какие-либо психические расстройства, возникновение которых находится в причинно-следственной связи с повреждениями, полученными в результате осуществленных в отношении него противоправных действий (т.е. *относящиеся к категории вреда здоровью*)?

Оценка тяжести вреда здоровью от ППРР направлена на установление психических расстройств экзогенной природы, имеющих прямую причинно-следственную связь с совершенным насилием. К таковым относятся последствия черепно-мозговых травм с различной клиникой травматической болезни головного мозга, а также психогенные психические расстройства в виде: а) острых и пролонгированных реакций на стресс с формированием суицидальных тенденций и аутоагрессивными действиями и причинением тяжелых последствий для своего здоровья; б) психогенных психических нарушений различной тяжести и структуры. Заключение о вреде здоровью от ППРР следует выносить с учетом ретроспективной, объективной на момент исследования и прогностической оценок психического состояния потерпевших.

- [1] Приложение к приказу Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н.
- [2] Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Что такое вменяемость, невменяемость, ограниченная вменяемость?
- 2. Каковы цель и задачи судебно-психиатрической экспертизы обвиняемых?
- 3. Дайте формулировку медицинского (психиатрического) и юридического (психологического) критериев невменяемости. Раскройте их содержание (ст. 21 УК).
- 4. Каковы особенности уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ст. 22 УК)?
- 5. Каковы особенности психолого-психиатрической экспертизы аффекта?
- 6. Определите специфику судебно-психиатрической экспертизы женщин, обвиняемых в убийстве новорожденного ребенка (ст. 106 УК).
- 7. Каковы особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних?
- 8. Расскажите о судебно-психиатрической экспертизе по оценке уголовнопроцессуальной дееспособности обвиняемых.

- 9. Определите задачи судебно-психиатрической экспертизы свидетелей и потерпевших.

Литература

Агрессия и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. СПб. : Юридический центр «Пресс», 2002.

Антонян Ю. М., [улъдан В. В. Криминальная патопсихология. М., 1991.

Березанцев А. Ю., Батуева Н. Г. Агрессия, психопатология и социальнопсихологические механизмы регуляции поведения (теоретический аспект) // Российский психиатрический журнал. 2007. № 6. С. 22—28.

Березанцев А. Ю., Филатов Т. Ю. Правовые, клинические и виктимологические аспекты судебно-психиатрической экспертизы потерпевших с психическими расстройствами // Медицинское право. 2010. № 1. С. 33—40.

Бородин С. В., Котов В. П. Статьи 21—23 // Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии / под общ. ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 1997.

Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб. : Питер, 1999.

Введенский Г. Е., Каменсков М. Ю. Методологические проблемы психофизиологического исследования в сексологии и психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2006. № 3. С. 18—27.

Гурьева В. А. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М. : Медицина, 2004. С. 139—165.

Дворянчиков Н. В. Психологическое исследование в судебной сексологии // Медицинская и судебная психология : курс лекций / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. М., 2005. С. 78—98.

Дмитриева Т. Б., Качаева М. А., Сафуанов Ф. С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка : рук-во для врачей и психологов. М., 2001.

Дозорцева Е. Г. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетнего обвиняемого // Медицинская и судебная психология : курс лекций / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. М., 2005. С. 480—505.

Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб. : Питер, 2000.

Клеено В. А., Ткаченко А. А. Экспертиза вреда здоровью. М. : Норма, 2015.

Коченов М. М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. М., 1980.

Коченов М. М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы : автореф. дис.... докт. психол. наук. М., 1991.

Кудрявцев И. А., Дозорцева Е. Г. Психологический возраст : метод, проблемы и судебная экспертная практика // Психологический журнал. 1988. № 6. С. 103—115.

Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза : науч.-практ. рук-во. М., 1999.

Кудрявцев И. А. Комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М., 2004. С. 380—387.

Кудрявцев И. А., Минъковский Г. М., Ситковская О. Д. Концептуальные и экспертные проблемы применения ч. 3 ст. 20 УК // Российский психиатрический журнал. 1998. № 4. С. 34—42.

Кудрявцев И. А., Ратинова Н. А. Криминальная агрессия (экспертная типология и судебно-психологическая оценка). М., 2000.

Лазъко Н. В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у потерпевших, перенесших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.

Лоренц К. Агрессия (так называемое зло). М. : Амфора, 2001.

Лунц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. М., 1966.

Маркарян Э. С. Теория культуры и современная наука. М. : Мысль, 1983.

Медицинская и судебная психология : курс лекций / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. 4-е изд., испр. и доп. М. : Генезис, 2016.

Метелица Ю. Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. М., 1990.

Морозов Г. В., Печерникова Т. П., Шостакович Б. В. Методологические проблемы вменяемости-невменяемости // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. М., 1983. С. 3—10.

Морозова Н. Б. Психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия (клиника, возрастные особенности, судебно-психиатрическое значение): автореф. дис.... докт. мед. наук. М., 1999.

Мохонъко А. Р., Макушкин Е. В., Муганцева Л. А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2015 г. : аналитический обзор. М., 2016.

Ограниченная вменяемость / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. М., 2005.

О применении ч. 3 ст. 20 УК РФ : информ. письмо / подгот. под рук-вом Т. Б. Дмитриевой. М., 2004.

Парыгин Б. Д. Социальная психология. СПб., 1999.

Первомайский В. Б. Невменяемость. Киев, 2000.

Печерникова Т. П., Гульдан В. В., Остришко В. В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций у психически здоровых и психопатических личностей : метод, рекоменд. М., 1983.

Печерникова Т. П., Морозова Н. Б., Смирнова Т. А. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших, получивших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации : метод, письмо. М., 1995.

Печерникова Т. П. Особенности проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз : лекция // Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой / под ред. Т. Б. Дмитриевой,

А. Ю. Березанцева. М., 2009. С. 5—19.

Печерникова Т. П. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии аффекта // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия : пособие для врачей. М., 1998. С. 71—81.

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2000.

Руководство по судебной психиатрии : практ. пособие / под ред. А. А. Ткаченко. 2-е изд. перераб. и доп., 2017.

Сафуанов Ф. С. Психология криминальной агрессии. М., 2003.

Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза : учебник для вузов. 2-е изд. перераб. и доп., 2017.

Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. М., 1998.

Ситковская О. Д., Конышева Л. П. Психологическая экспертиза несовершеннолетних в уголовном процессе. М., 2001.

Ткаченко А. А., Введенский Г. Е. Модели заключений при сексолого-психиатрической экспертизе // Обоснование судебно-психиатрических заключений в свете современного уголовного законодательства. М., 2002. С. 33—35.

Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Дворянчиков Н. В. Судебная сексология. М., 2001.

Ткаченко А. А., Дворянчиков А. *А., Догадина М. А.* Онтогенетические механизмы формирования способности к восприятию гендерных качеств у несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Российский психиатрический журнал. 1999. № 3. С. 13—18.

Ткаченко А. А., Яковлева Е. Ю. Методологические принципы судебно-экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства // Российский психиатрический журнал. 2008. № 4. С. 15—20.

ХекхаузенХ. Агрессия // Мотивация и деятельность. М., 1986. Т. 1. С. 365—405.

Цыро И. В. Судебно-психиатрическая оценка тяжести вреда здоровью при психических расстройствах у потерпевших: автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 2004.

Шишков С. Н. Временные психические расстройства обвиняемого, препятствующие решению вопроса о его вменяемости (правовые аспекты) // Российский психиатрический журнал. 2005. № 3. С. 50—55.

Шишков С. Н. Невменяемость. М., 2010.

Шишков С. Н. Норма УК об освобождении от ответственности подростка, отставшего в психическом развитии: достаточно ли она обоснована? //Журнал российского права. 1997. № 5. С. 71—78.

Шишков С. Н. Статьи 21, 22, 23 и 81 Уголовного кодекса РФ. Комментарий к законодательству и предложения по его совершенствованию : практ. пособие. М., 2008.

Шишков С. Н. Помещение в психиатрический стационар // Законность. 2003. № 11. С. 32—37.

Шишков С. Н. Уголовный кодекс России и проблемы невменяемости // Журнал российского права. 1998. № 1. С. 32—37.

Шостакович Б. В. Методология и стадии судебно-психиатрического диагноза // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М., 2004. С. 74—80.

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА И ОСНОВЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ПСИХИАТРИИ

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен:

знать

- • правовые и организационные основы применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами;
- • виды принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами;

уметь

- • определять основные задачи принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами;
- • выделять организационные формы принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами;
- • устанавливать специфику каждого вида принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами;

владеть

• навыками определения критериев назначения, изменения и отмены принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами.

Определение и виды принудительных мер медицинского характера

Принудительные меры медицинского характера (принудительное лечение) применяются к лицам, совершившим общественно опасные деяния (ООД) и страдающим психическим расстройством, которое исключает вменяемость (ст. 21 УК), совершившим преступление, которое ограничивает вменяемость (ст. 22 УК) либо служит основанием для освобождения заболевшего от наказания (ч. 1 ст. 81 УК). Общественно опасное деяние — действие или бездействие лица с тяжелым психическим расстройством, представляющее опасность для общества и предусмотренное уголовным законом, но совершенное не по умыслу или неосторожности, а в результате неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими. То есть ООД — это деяния, предусмотренные УК, но которые не могут быть вменены данному лицу.

Таким образом, содержание понятий ООД и преступления различно. Если в основе преступления лежат субъективные факторы (корысть, личные неприязненные отношения и т.д.), то в основе ООД — психопатологические факторы или механизмы. Соответственно, и профилактика повторных правонарушений предполагает разные меры: для психически здоровых лиц это наказание, а в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами профилактический характер носят лечебно-реабилитационные мероприятия. Необходимо напомнить, что понятие ограниченной вменяемости в нашем законодательстве находится в рамках вменяемости, и деяния лиц с относительно неглубокими нарушениями психики, к которым применяется ст. 22 УК, — это преступления, и таким лицам назначается принудительная медицинская мера, соединенная с исполнением наказания.

Принудительные меры медицинского характера — это вторичная профилактика ООД, т.е. профилактика совершения повторных ООД лицом, уже совершившим общественно опасное деяние либо совершившим преступление в состоянии вменяемости, но заболевшим тяжелым психическим расстройством после его совершения (во время производства по уголовному делу либо уже осужденным).

Применение принудительных мер медицинского характера является исключительной компетенцией суда (п. 2 ч. 2 ст. 29 УПК) и охватывает назначение этих мер, их продление, изменение вида, прекращение (отмену). Основания назначения принудительных мер медицинского характера, их продления, изменения, отмены; виды принудительных мер; цели и категории лиц, к которым они могут применяться, определены уголовным законодательством (ст. 97—104 гл. 15 УК).

Согласно ст. 97 УК принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом:

- • п. «а» ч. 1 — лицам, признанным невменяемыми (согласно ст. 21 УК);
- • п. «б» ч. 1 — заболевшим психическим расстройством после совершения правонарушения (ст. 81 УК). Сюда попадают две категории лиц:
    - — заболевшие психическим расстройством во время производства по уголовному делу (после совершения преступления, но до вынесения судом приговора). Им проводят судебно-психиатрическую экспертизу и могут быть рекомендованы те или иные меры медицинского характера;
    - — лица, уже осужденные, заболевшие психическим расстройством во время отбывания наказания. На них составляется медицинское заключение, о чем подробно будет сказано в гл. 9;
- • п. «в» ч. 1 — совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ст. 22 УК). Данную меру медицинского характера конкретизирует ст. 104 УК —

«Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания». Указывается, что эти меры исполняются по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказаний — в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях. Таким образом, эти лица не освобождаются от наказания. А согласно ч. 2 ст. 99 УК для таких лиц предусмотрено только принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях;

• п. «д» ч. 1 — совершившим в возрасте старше 18 лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости. По отношению к этой категории лиц, как и к совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (ст. 22 УК), применяется только принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, соединенное с исполнением наказания (ч. 2 ст. 99 УК).

На последней категории лиц, указанных в п. «д» ч. 1 ст. 97 УК, необходимо остановиться более подробно, поскольку при производстве судебной экспертизы, предусмотренной п. 3.1 ст. 196 УПК, возможны несколько вариантов экспертного решения в отношении подэкспертного [Ткаченко, Шишков, 2012]:

- 1. У подэкспертного *диагноз педофилии не установлен.* Такой подэкспертный *не подлежит принудительному*

лечению, предусмотренному п. «д» ч. 1 ст. 97 и п. «а» ч. 1 ст. 99 УК, несмотря на то что он совершил сексуальное преступление в отношении потерпевшего моложе 14 лет. Отсутствие болезни исключает саму возможность лечения.

- 2. Подэкспертный с диагнозом «педофилия» страдает наряду с этим тяжелым психическим расстройством, несовместимым с уголовной ответственностью и (или) наказанием (ст. 21 или 81 УК). К такому лицу применимы принудительные меры медицинского характера, предусмотренные п. «а» и «б» ч. 1 ст. 97 и ч. 1 ст. 99 УК. Они применяются в «обычном» порядке (по правилам гл. 51 УПК). Федеральный закон от 29.02.2012 № 14-ФЗ не внес в этот порядок никаких изменений.
- 3. Подэкспертный с диагнозом «педофилия» обнаруживает также психическое расстройство, не исключающее вменяемости, лишавшее его во время совершения инкриминируемого ему деяния способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими (ч. 1 ст. 22 УК). К такому лицу должны применяться одновременно принудительные меры медицинского характера, предусмотренные п. «в» и «д» ч. 1 ст. 97 и п. «а»

ч. 1 ст. 99 УК.

4. У подэкспертного диагностируется расстройство сексуального предпочтения (педофилия), не исключающее вменяемости, в отсутствие иных психических расстройств, имеющих юридическое значение. Такой подэкспертный подлежит амбулаторному принудительному наблюдению и лечению у психиатра. В своем заключении экспертам необходимо указать *диагноз,* а также сформулировать вывод о том, что подэкспертный *нуждается в применении к нему принудительных мер медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра* в *амбулаторных условиях в соответствии с п. «д»*

ч. 1 ст. 97 и п. «а» *ст. 99 УК.*

Таким образом, система принудительных мер медицинского характера включает в себя две основные категории:

- а) принудительные медицинские меры в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, делающими невозможным назначение или исполнение наказания;
- б) принудительные медицинские меры, соединенные с исполнением наказания, в отношении лиц с относительно неглубокой психической патологией, а также страдающих расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости.

Причем принудительное лечение лиц, предусмотренных п. «д» ч. 1 ст. 97 УК (страдающих педофилией) может применяться как в соединении с наказанием (во время его отбывания и по месту отбывания), так и *после отбытия наказания.*

Необходимо отметить, что до 2003 г. в ч. 1 ст. 97 УК был также еще один пункт (п. «г»), который предусматривал возможность принудительного лечения для лиц, совершивших преступление и нуждающихся в лечении от алкоголизма или наркомании. Этот пункт был отменен (с внесением соответствующих изменений в ч. 2 ст. 99 Кодекса), Федеральным законом от 08.12.2003 № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации».

В связи с изложенным выше в настоящее время лицам, совершившим преступления и страдающим зависимостью от психоактивных веществ, судом не может быть назначено принудительное лечение в соответствии с УК, и этот вопрос регулируется УИК, а также ведомственными актами, что подробно будет рассмотрено в гл. 9.

Тем не менее хотя принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманиями, соединенное с исполнением наказания, давно отменено, в постановлениях о назначении судебно-психиатрической экспертизы следователи нередко продолжают ставить перед экспертами этот вопрос. В таких случаях обычно эксперты отвечают следующим образом: «Данный вопрос остается без ответа, поскольку Федеральным законом от 08.12.2003 № 162-ФЗ п. “г” ч. 1 ст. 97 УК отменен».

И наконец, в ч. 2 ст. 97 УК говорится, что лицам, указанным в ч. 1 данной статьи, принудительные меры медицинского характера назначаются только в том случае, если психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц. Таким образом, если нет вероятности причинения вреда, нет социальной опасности, то отсутствуют и основания для применения принудительных мер медицинского характера. В ст. 98 УК формулируются цели применения принудительных мер медицинского характера — это излечение данных лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний.

Система принудительных мер медицинского характера полностью зависит от действующего уголовного законодательства. Так, до 1988 г. в СССР существовало два вида принудительного лечения (в психиатрических больницах общего и специального типа). В 1988 г. была проведена реформа системы принудительного лечения, направленная на ее гуманизацию. Было введено три вида принудительного лечения — в больницах с обычным, усиленным и строгим (до этого — «специального типа») наблюдением.

Кроме того, больницы со строгим наблюдением были переданы из ведения МВД СССР в ведение Минздрава СССР. К концу 1980-х годов в СССР было более 20 спецбольниц (согласно действующему УК медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением), иногда просто отделений при следственных изоляторах, осуществлявших лечение опасных психически больных. Часть из них при проведении данной реформы были закрыты. Это можно считать целесообразной мерой, поскольку улучшилось снабжение, появился контроль со стороны Минздрава, хотя возникли и определенные проблемы — охрана осталась, но оказалась в другом подчинении (сейчас она находится в ведении ФСИН Минюста России при оперативном подчинении руководству медицинского учреждения).

Выделенные категории мер медицинского характера — в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами и с расстройствами, не исключающими вменяемости — подразделяются на виды.

С 1997 г., с принятием нового УК, выделяют *четыре вида* принудительных мер медицинского характера для *лиц с тяжелыми психическими расстройствами,*которые перечислены в ч. 1 ст. 99 УК[1]:

- а) *принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях;*
- б) *принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа;*
- в) *принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа;*
- г) *принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением,*

а также *один вид* принудительных мер медицинского характера *для лиц с расстройствами, не исключающими вменяемости, а также страдающих расстройством сексуального предпочтения* (*педофилией*), *не исключающим вменяемости,* — в ч. 2 ст. 99 предусмотрено *принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях* (ч. 2 ст. 99 УК).

Таким образом, в законодательстве есть два понятия, относящихся к данному вопросу: «принудительные меры медицинского характера» и «принудительное лечение», которые можно рассматривать как синонимы.

Виды принудительных мер медицинского характера можно обобщить в две группы: амбулаторное принудительное лечение и стационарное принудительное лечение. В отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, делающими невозможным назначение или исполнение

наказания, может применяться как амбулаторное, так и стационарное принудительное лечение, в отношении осужденных — только амбулаторное.

Определение «принудительное» не означает, что применение медицинских мер непременно сопровождается мерами физического принуждения (фиксация, изоляция, принудительное введение лекарств), а лишь указывает на то, что лечение проводится без согласия самого больного или его законного представителя. Отказ больного от лечения не ведет к прекращению последнего, как это бывает, когда пациент лечится в добровольном порядке. Меры физического стеснения применяются в крайних случаях, когда по своему психическому состоянию пациент представляет непосредственную угрозу для себя или окружающих и без мер медицинского насилия ему невозможно оказать помощь.

При применении принудительных медицинских мер к осужденным медицинское насилие недопустимо, так как это вменяемые лица с неглубокими психическими расстройствами, которые могут нести юридическую ответственность за свое поведение. Поэтому уклонение осужденного от принудительного наблюдения и лечения у психиатра квалифицируется законом как злостное нарушение установленного порядка отбывания наказания (ч. 1 ст. 116 УИК), и к нарушителю применяются меры взыскания, предусмотренные УИК, которые могут применять только должностные лица, ответственные за исполнение наказания.

Таким образом, принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания в отношении «ограниченно вменяемых» и лиц, страдающих педофилией, не исключающей вменяемости, является исключением в общей системе принудительных мер медицинского характера. У «ограниченно вменяемых» и страдающих педофилией в отличие от лиц с тяжелыми психическими расстройствами не нарушена способность к осознанной произвольной волевой регуляции своего поведения. Однако имеющееся неглубокое психическое расстройство, а также расстройство влечения могут снижать указанную способность и провоцировать совершение нового преступления. Поэтому эффективное лечение также может рассматриваться как мера профилактики преступности. В то же время принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания, способствует достижению цели наказания — исправлению. Следует пояснить: в ч. 2 ст. 97 УК говорится, что «принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения... лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц», и данное положение экстраполируется на все меры медицинского характера, в том числе и на принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания. «Возможность причинения иного существенного вреда» лицами, к которым применяется ст. 22 УК, уже исключается назначением им наказания, и в данном случае скорее

правомерно говорить об ограниченной исправительной дееспособности лица, т.е. о его сниженной способности к отбыванию наказания (в первую очередь это касается «ограниченно вменяемых», к которым применяется ст. 22 УК) и достижению его цели. В данном аспекте принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания, также играет роль меры, способствующей отбыванию наказания, так как позволяет осуществлять психиатрическое наблюдение за осужденным, предупреждать декомпенсации его психического состояния и производить своевременное врачебное вмешательство. Вместе с тем критерий «опасности для себя или других лиц» должен учитываться при рекомендации принудительной меры, соединенной с исполнением наказания, так как вероятное ухудшение психического состояния может быть сопряжено с суицидальными или агрессивными формами поведения. В отношении лиц, страдающих педофилией, не исключающей вменяемости (п. «д» ч. 1 ст. 97 УК) принудительная мера медицинского характера призвана прежде всего предупредить рецидив правонарушения уже после исполнения наказания. Различие в целях принудительного лечения в отношении этих двух категорий нашло отражение в ст. 102 УК, регламентирующей порядок продления, изменения и прекращения применения принудительных мер медицинского характера. Так, если в отношении «ограниченно вменяемых» длительность амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра ограничивается сроками исполнения наказания, то в отношении лиц, страдающих педофилией, возможно продление принудительного лечения и после отбытия наказания (ч. 2.1 ст. 102 УК), о чем более подробно будет сказано в гл. 9.

- [1] В редакции Федерального закона от 25.11.2013 № 317-ФЗ.

Производство по применению принудительных мер медицинского характера

Принудительные меры медицинского характера в отношении невменяемых, а также заболевших тяжелым психическим расстройством в период производства по уголовному делу назначаются в порядке, установленном гл. 51 УПК (ст. 433—446). Аналогичные основания применения принудительных мер медицинского характера используются и в отношении осужденных, заболевших тяжелым психическим расстройством после вынесения приговора и освобожденным от наказания. Остальные нормы гл. 51 УПК при принудительном лечении, соединенном с исполнением наказания, не применяются, а сама принудительная мера медицинского характера применяется при постановлении приговора и осуществляется в порядке, установленном УИК, о чем речь пойдет в следующей главе.

Глава 51 УПК имеет специфику, которая отличает порядок рассмотрения дел о применении принудительных мер медицинского характера от общего порядка производства по уголовным делам. На производство по

применению принудительных мер медицинского характера в целом распространяются общие нормы УПК, однако гл. 51 содержит определенные изъятия из этих норм в силу специфики производства по делам данной категории. Специфика обусловлена: своеобразием предмета доказывания и целями применения принудительных мер медицинского характера; необходимостью дополнительных гарантий соблюдения прав лиц, страдающих тяжелым психическим расстройством, которое лишает их способности самостоятельно защищать свои права и интересы.

После совершения ООД лицом с тяжелым психическим расстройством возбуждается уголовное дело. При этом согласно ч. 1 ст. 434 УПК производство предварительного следствия является обязательным. Подлежат доказыванию:

- 1) время, способ и другие обстоятельства совершенного деяния;
- 2) совершено ли деяние именно данным лицом;
- 3) характер и размер вреда, причиненного данным деянием;
- 4) наличие, степень и характер психического расстройства;
- 5) связано ли данное психическое расстройство с опасностью для самого лица или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда.

То есть выяснению подлежит не только факт наличия психического расстройства, но должен быть установлен и факт совершения самого общественно опасного деяния. В ст. 437 УПК говорится об участии в судебном процессе законного представителя лица, в отношении которого ведется производство о применении мер медицинского характера. Данные положения призваны повысить правовую защищенность лиц с психическими расстройствами.

По делам рассматриваемой категории обязательно проведение судебно-психиатрической экспертизы, что прямо следует из положений п. 3 ст. 196 УПК. Эксперты формулируют свои выводы относительно принудительных мер медицинского характера в форме рекомендаций. В ходе судебного следствия суд должен изучить обоснованность обвинения и обоснованность рекомендованной меры медицинского характера — он вправе решить этот вопрос на свое усмотрение (решение экспертов о неспособности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий суд изменить не может — он имеет право только назначить повторную СПЭ). Суд может вызвать экспертов, спросить, почему рекомендована именно такая принудительная мера медицинского характера, выслушать их и после этого принять решение.

В производстве о применении принудительных мер медицинского характера участие защитника является обязательным с момента вынесения

постановления о назначении в отношении лица СПЭ, если защитник ранее не участвовал в данном уголовном деле (ст. 438 УПК).

Законный представитель лица, в отношении которого ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера, привлекается к участию в уголовном деле на основании постановления следователя либо суда. При отсутствии близкого родственника законным представителем может быть признан орган опеки и попечительства (ч. 1 ст. 437).

Со времени установления факта психического расстройства лицо может быть помещено в психиатрический стационар (ст. 435 УПК). В отношении лиц, к которым в качестве меры пресечения применено содержание под стражей, по ходатайству следователя с согласия руководителя следственного органа или дознавателя с согласия прокурора суд принимает решение о переводе данного лица в психиатрический стационар в порядке, установленном ст. 108 УПК, в отношении лиц, не содержащихся под стражей, — ст. 203 УПК. Статья 435 Кодекса призвана, наряду с прочим, создать условия для своевременного оказания психиатрической помощи психически больным. В то же время нормы данной статьи недостаточно четко регламентируют ряд существенных вопросов. При этом в первом случае (для содержащихся под стражей) предусмотрена процессуальная процедура, аналогичная заключению под стражу (ст. 108 УПК), а во втором случае (для не содержащихся под стражей) — процессуальная процедура, аналогичная помещению обвиняемого, подозреваемого в психиатрический стационар для производства судебной экспертизы (ст. 203 УПК). Следует пояснить, что речь идет о лицах, у которых «установлен факт психического заболевания», т.е. им проведена судебно-психиатрическая экспертиза и установлен психиатрический диагноз, но еще не вынесено постановление суда о вменяемости или невменяемости. А период между СПЭ и вынесением постановления может оказаться достаточно продолжительным. Во-первых, из самой формулировки не вполне понятно, о каких психических расстройствах идет речь (не конкретизирована глубина расстройства), а ведь при недобровольной госпитализации речь может идти только о психически больных с тяжелыми психическими расстройствами. Во-вторых, это не принудительная мера медицинского характера, поскольку еще нет решения суда, а именно недобровольная мера, но механизм ее реализации противоречит Закону о психиатрической помощи.

В отношении содержащихся под стражей неясно также, в какой именно психиатрический стационар должно быть переведено данное лицо (по месту жительства или по месту совершения преступления). Нужна ли для этого отмена меры пресечения[1] или лицо остается под стражей, но при этом выносится дополнительное определение суда и оно переводится из

изолятора в психиатрическую больницу (что уже совсем не соответствует действующему законодательству)? В отношении не содержащихся под стражей — примерно та же ситуация. Указывается, что механизм такой же, как при помещении в экспертный стационар (ст. 208 УПК), т.е. постановление — согласие прокурора — постановление суда, но лицо помещают уже не в экспертный, а в общий стационар, что не предусмотрено и самим УПК, а также противоречит Закону о психиатрической помощи. Вероятно, следует поступать в соответствии с давно сложившейся практикой. В отношении содержащихся под стражей — возвращать их в следственный изолятор, но при этом помещать в отдельные камеры или в психиатрическое отделение медсанчасти, если таковое имеется (только для тех, кто должен быть признан судом невменяемым). В отношении не содержащихся под стражей — недобровольно госпитализировать, но по Закону о психиатрической помощи, что позволит избежать нарушения их прав.

В УПК Федеральным законом от 29.11.2010 № 323-ФЗ внесены поправки, направленные на приведение его в соответствие с Постановлением Конституционного Суда РФ от 20.11.2007 № 13-П «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 402, 433, 437, 438, 439, 441, 444 и 445 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в связи с жалобами граждан С. Г. Абламского, О. Б. Лоба- шовой и В. К. Матвеева», устанавливающим, что лицу, в отношении которого осуществляется производство по применению принудительных мер медицинского характера, должна быть предоставлена возможность лично осуществлять принадлежащие ему процессуальные права, если это возможно с учетом его психического состояния.

Согласно ч. 3 ст. 439 УПК следователь уведомляет о прекращении уголовного дела или направлении его в суд лицо, в отношении которого ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера, его законного представителя и защитника, а также потерпевшего и разъясняет им право знакомиться с материалами уголовного дела. Ознакомление с уголовным делом, заявление и разрешение ходатайств о дополнении предварительного следствия производятся в порядке, установленном ст. 216—219 Кодекса.

Копия постановления о направлении уголовного дела в суд для применения принудительной меры медицинского характера вручается лицу, в отношении которого ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера, его защитнику и законному представителю (ч. 6 ст. 439 УПК).

Лицу, в отношении которого ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера, должно быть

предоставлено право лично участвовать в судебном заседании, если это позволяет его психическое состояние. При этом учитывается заключение экспертов, участвующих в производстве СПЭ, и при необходимости медицинское заключение психиатрического стационара (ч. 1 ст. 441 УПК).

В соответствии с ч. 1 ст. 443 Кодекса, признав доказанным, что деяние, запрещенное уголовным законом, совершено данным лицом в состоянии невменяемости или что у этого лица после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания или его исполнение, суд выносит постановление:

- • об освобождении невменяемого от уголовной ответственности на основании ст. 21 УК;
- • освобождении от наказания лица, заболевшего тяжелым психическим расстройством после совершения им преступления, на основании ст. 81 УК.

Одновременно с этим суд выносит решение относительно принудительных мер медицинского характера:

- • об их применении и назначении конкретной меры медицинского характера (ч. 1 ст. 443 УПК)[1];
- • отказе в их применении и прекращении дела, если лицо по своему психическому состоянию не представляет опасности либо им совершено деяние небольшой тяжести (ч. 2 ст. 443 Кодекса).

Судом избирается лишь вид принудительного лечения (как правило, суд применяет меру, рекомендованную в экспертном заключении); выбор конкретного медицинского учреждения, где он будет применяться, является прерогативой органов здравоохранения.

Постановление суда может быть в течение 10 суток обжаловано в апелляционном порядке или в порядке надзора потерпевшим, его представителем, а также лицом, в отношении которого велось или ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера, его защитником, законным представителем или близким родственником и прокурором в соответствии с гл. 45.1 (ст. 444 УПК).

Как уже указывалось, суд может применить принудительную меру медицинского характера в отношении лица с тяжелым психическим расстройством, совершившим ООД, а может и не применять, если субъект не представляет опасности для общества. При этом, освобождая его от наказания, суд может передать материалы о нем органам здравоохранения для решения вопроса о лечении на общих основаниях.

[1] Необходимо отметить, что амбулаторное принудительное лечение лиц с

тяжелыми психическими расстройствами оказалось вообще не предусмотренным в УПК (см. ч. 1 ст. 433). Это является существенным пробелом действующего уголовно-процессуального законодательства. Вместе с тем на этом основании данный вид принудительного лечения не может быть отменен, поскольку он предусмотрен нормами УК, а последние имеют приоритет по отношению к УПК.

Согласно ч. 4 ст. 97 УК «суд может передать необходимые материалы в федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения или орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для решения вопроса о лечении указанных лиц в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или направлении указанных лиц в стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья». В ч. 4 ст. 443 УПК сказано, что «копия постановления суда в течение 5 суток направляется в уполномоченный орган исполнительной власти в сфере охраны здоровья для решения вопроса о лечении или направлении лица, нуждающегося в психиатрической помощи, в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях».

Таким образом, суд, решив не назначать принудительное лечение из-за отсутствия опасности больного, направляет в органы здравоохранения копию постановления и иные материалы. В свою очередь, органы здравоохранения принимают медицинские меры, предусмотренные законодательством о здравоохранении, в том числе при необходимости помещают в психиатрический стационар в соответствии с Законом о психиатрической помощи. Подобные меры обычно именуются *лечением на общих основаниях,* или *иными медицинскими мерами,* что позволяет не смешивать их с принудительными мерами медицинского характера. Следует подчеркнуть, что в подобных случаях суд выносит лишь решение о *неприменении принудительных мер медицинского характера,* остальные действия осуществляют местные органы здравоохранения в рамках действующего законодательства.

Исполнение принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами осуществляется исключительно психиатрическими учреждениями системы здравоохранения, тогда как исполнение принудительных медицинским мер по отношению к осужденным — органами уголовно-исполнительной системы (ФСИН Минюста России).

Как уже указывалось, длительность применения принудительных медицинских мер судом не устанавливается. Каждое лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, для решения

вопроса о ее продлении, отмене или изменении подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров (т.е. не менее чем двумя психиатрами) не реже 1 раза в 6 месяцев — «первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно» (ч. 2 ст. 102 УК).

Вместе с тем в ч. 1 ст. 445 УПК говорится, что «по подтвержденному медицинским заключением ходатайству администрации медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также по ходатайству лица, к которому применена принудительная мера медицинского характера, его защитника или законного представителя суд прекращает, изменяет или продлевает на следующие 6 месяцев применение к данному лицу принудительной меры медицинского характера».

По УПК получается, что суд продлевает принудительную медицинскую меру только на 6 месяцев, что противоречит УК (первое продление может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление производится ежегодно). В действующем УПК также не оговорена возможность досрочной отмены меры медицинского характера (до истечения 6 месяцев). Это противоречит логике и букве УК, который устанавливает, что судебное решение должно следовать за результатами врачебного заключения, а в ч. 3 ст. 102 указывается, что «изменение или прекращение применения принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера». Это положение было конкретизировано Федеральными законами от 29.02.2012 № 14-ФЗ и от 25.11.2013 № 317-ФЗ, внесшими изменения в ч. 2 ст. 102 УК, которая теперь гласит, что «освидетельствование такого лица проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения ее применения, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника. Ходатайство подается через администрацию медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительную инспекцию, осуществляющую контроль за применением принудительных мер медицинского характера, вне зависимости от времени последнего освидетельствования»[2]. Таким образом, если психическое состояние лица изменилось настолько, что оно больше не представляет общественной опасности, то нет оснований для продолжения принудительной меры, поскольку продолжение применения принудительной медицинской меры без необходимости — это грубое нарушение прав пациента. Исходя из

норм УК, отменять или изменять форму принудительного лечения ранее, чем через 6 месяцев после очередного судебного решения, возможно.

Необходимо отметить, что к лицам, в отношении которых осуществляются принудительные меры медицинского характера, должны применяться те же медицинские меры обследования и лечения, что и ко всем больным с аналогичными формами психических расстройств. Хотя данное положение и не закреплено законодательно, Закон о психиатрической помощи распространяет права пациентов на всех лиц, находящихся на стационарном принудительном лечении. В то же время Закон никак не регламентирует осуществление принудительных мер медицинского характера, а ст. 13 Закона, посвященная этим мерам, является бланкетной, т.е. содержит отсылку к действующему уголовному законодательству.

Изменение вида принудительного лечения осуществляется в случаях, когда отпадает необходимость в осуществлении ранее назначенной принудительной меры. Это может быть как замена более строгой меры на менее строгую, так и наоборот (в случае повышения общественной опасности больного).

Отмена принудительных мер медицинского характера осуществляется тогда, когда достигнуты их цели, предусмотренные ст. 98 УК:

- а) при полном выздоровлении больного;
- б) при таком изменении характера психического расстройства, когда исчезает опасность больного для себя и окружающих, а также возможность причинения им иного серьезного вреда.

Снижение или исчезновение опасности возможно не только при улучшении психического состояния больного, но и при ухудшении, — например, при злокачественных вариантах течения некоторых заболеваний, приводящих к формированию выраженного дефекта личности (слабоумия) со снижением волевых побуждений, активности.

Порядок прекращения, изменения и продления принудительных мер медицинского характера регламентируется ст. 445 УПК. Там указывается, что ходатайствовать о психиатрическом освидетельствовании и изменении/прекращении судом принудительной медицинской меры помимо администрации медицинской организации, оказывающей помощь в стационарных условиях, может лицо, к которому применена принудительная мера, его защитник или законный представитель (ч. 1 ст. 445). Вопросы о прекращении, об изменении или продлении применения принудительной меры медицинского характера рассматриваются судом, вынесшим постановление о ее применении, или судом по месту

применения этой меры (ч. 2 ст. 445).

О назначении уголовного дела к слушанию суд извещает лицо, к которому применена принудительная мера медицинского характера, его законного представителя, администрацию психиатрического стационара, защитника и прокурора. Участие в судебном заседании защитника и прокурора обязательно. Лицу, в отношении которого решается вопрос о прекращении, об изменении или продлении применения к нему принудительной меры медицинского характера, должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном заседании, если позволяет его психическое состояние. Неявка других лиц не препятствует рассмотрению уголовного дела (ч. 3 и 4 ст. 445 УПК).

В судебном заседании исследуются ходатайство, медицинское заключение, выслушивается мнение лиц, участвующих в судебном заседании. Если медицинское заключение вызывает сомнение, то суд по ходатайству лиц, участвующих в судебном заседании, или по собственной инициативе может назначить судебную экспертизу, истребовать дополнительные документы, а также допросить лицо, в отношении которого решается вопрос о прекращении, изменении или продлении применения принудительной меры медицинского характера, если это возможно по его психическому состоянию (ч. 5 ст. 445 УПК).

По итогам судебного разбирательства суд вправе согласиться с представленным ходатайством и вынести соответствующее постановление либо вынести постановление об отказе в прекращении, изменении или продлении принудительного лечения. Отказ в продлении принудительного лечения означает его отмену. В этом случае происходит выписка лица из психиатрического стационара или прекращение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения.

Суд выносит постановление в совещательной комнате и оглашает его в судебном заседании (ч. 7 ст. 445 УПК). Постановление может быть обжаловано в апелляционном и кассационном порядке или в порядке надзора (ч. 8 ст. 445 Кодекса).

Лицо, заболевшее тяжелым психическим расстройством после совершения преступления, но до вынесения приговора по уголовному делу, в соответствии с ч. 4 ст. 81 УК в случае выздоровления может подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные ст. 78 и 83 УК. В этих случаях суд прекращает принудительную меру медицинского характера и решает вопрос о направлении руководителю следственного органа или начальнику органа дознания уголовного дела для производства предварительного расследования в общем порядке. Дело подлежит возобновлению и

производство по нему ведется в обычном порядке (ч. 1 ст. 446 УПК). Необходимо отметить, что это не обязательно полное выздоровление (исчезновение всех симптомов психического расстройства). Речь идет лишь о таком улучшении психического состояния, при котором восстанавливается способность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими, при возможном сохранении неглубоких психопатологических нарушений, не относящихся к категории тяжелых психических расстройств. Закон предусматривает необходимость зачета времени, в течение которого к лицу применялось принудительное лечение, в срок наказания (ч. 2 ст. 446 УПК) из расчета один день пребывания в стационаре за один день лишения свободы (ст. 103 УК).

В отношении осужденных, к которым применено принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания, его основания и сроки его продления и отмены регламентированы ст. 102 и 104 УК, а порядок — п. 12 ст. 397 и ст. 399 гл. 47 УПК («Производство по рассмотрению и разрешению вопросов, связанных с исполнением приговора»); нормы гл. 51 УПК на данную категорию дел не распространяются[3].

- [1] То есть постановление — согласие прокурора — определение суда (но в УПК этапроцедура прописана только для помещения под стражу и ничего не сказано о помещении в психиатрический стационар), а уже потом госпитализация (т.е. снова постановление — согласие прокурора — определение суда), что полностью противоречит Законуо психиатрической помощи.
- [2] С учетом приоритетного значения норм УК данное противоречие, по-видимому,следует просто игнорировать.
- [3] В п. 12 ст. 397 УПК говорится не только о продлении и прекращении, но и об изменении принудительных мер медицинского характера, что следует признать ошибочным,так как принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнениемнаказания, состоят только из одной меры — амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра.

Критерии применения мер медицинского характера к лицам с тяжелыми психическими расстройствами

Согласно действующему российскому законодательству длительность применения принудительной меры медицинского характера не соотносится с тяжестью совершенного деяния. За рубежом существует другой подход — во многих странах длительность принудительного лечения лиц с тяжелыми психическими расстройствами сопряжена со сроком отбывания ими наказания (в случае если бы психическое расстройство у них отсутствовало). В отечественной практике больные с тяжелыми психическими

расстройствами в среднем находятся на принудительном лечении меньше, чем если бы они отбывали наказание по инкриминируемым им деяниям. Так, средние сроки пребывания больного на принудительном лечении в стационаре общего типа составляют около 1 года; специализированного типа — около 1,5 лет; специализированного типа с интенсивным наблюдением — около 3 лет.

Опасность психически больного оценивается исходя в первую очередь из психического состояния, а затем из характера совершенного деяния, хотя об этом не говорится в УК. При выборе меры медицинского характера следует придерживаться основных принципов: необходимости и достаточности, т.е. мера не должна быть строже той, которая необходима для предупреждения повторного ООД. Когда эксперт решает вопрос о мере медицинского характера, это решение нужно обосновать в заключении экспертизы.

Клинические и социальные параметры общественной опасности, из которых должен исходить эксперт, у каждого конкретного больного должны быть проанализированы[1].

Клинические факторы риска:

- 1) психопатоподобные синдромы (встречающиеся сейчас чаще всего по причине общего патоморфоза психических заболеваний), включая гебоидные состояния с преобладанием стенического полюса;
- 2) бредовые расстройства. Всегда необходим их анализ по содержанию. Особую опасность представляют бредовые идеи с направленностью на конкретных лиц, аффективной напряженностью (особенно идеи ревности, преследования, сексуального воздействия);
- 3) периодические и пароксизмальные острые состояния, сопровождающиеся агрессивностью, с тенденцией к частому повторению. Наблюдаются у больных с органическими поражениями головного мозга, эпилепсией;
- 4) депрессивные состояния с бредом. Такие больные могут совершать самоубийства, в том числе расширенные самоубийства (например, больной может убить всю семью);
- 5) маниакальные состояния, особенно гипомания с повышенной активностью, расторможенностью, псевдопредприимчивостью. Могут совершаться мошенничества, правонарушения по неосторожности, сексуальные правонарушения.

Социально-психологические факторы риска:

- 1) любые проявления социальной дезадаптации. Отсутствие работы, материальная необеспеченность, жилищно-бытовая неустроенность. Подверженность асоциальному окружению любого больного делает социально опасным. При анализе социальной дезадаптации

необходимо установить, что является следствием заболевания, а что личностной установкой больного;

- 2) алкоголизация, наркотизация, которые запускают механизмы общественно опасного поведения;
- 3) наличие криминальных личностных установок, не связанных с болезнью, повторность совершения ООД;
- 4) данные анамнеза больного о нарушениях больничного режима, побегах, нападениях на персонал. Если при побеге с принудительного лечения совершается новое ООД, необходимо изменить форму принудительного лечения — «поднять на ступеньку выше». Например, перевести из обычного отделения в отделение специализированного типа.

Есть данные о частоте рекомендации мер медицинского характера экспертными комиссиями РФ больным с тяжелыми психическими расстройствами (приблизительно): с интенсивным наблюдением рекомендуется 10% больных; специализированного типа — 25%; общего типа — 50%; амбулаторное принудительное лечение — 10%; не рекомендуются меры медицинского характера в 5% случаев.

- [1] Вскоре после принятия нового УК было утверждено Методическое письмо Минздрава России от 23.07.1999 № 2510/8236-99-32 «О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическимирасстройствами, совершивших тяжелые общественно опасные деяния (статья 21и часть 1 статьи 81 Уголовного кодекса Российской Федерации)», согласованное с Верховным Судом РФ, Генеральной прокуратурой РФ, МВД России, где изложены клиникопсихопатологические и социально-психологические факторы риска, которые нужноучитывать при выборе той или иной меры медицинского характера, общие принципыорганизации и проведения принудительного лечения и порядок ведения и храненияидокументации на лиц, находящихся на принудительном лечении. Это Письмо пришло на смену Временной инструкции Минздрава СССР (в приложении 18 к приказуот 21.03.1988 № 225), которая считалась действующей до принятия новой. Однаков 2001 г. это Письмо было отменено Минздравом по предложению Минюста России.

Критерии назначения принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением.

В соответствии с ч. 4 ст. 101 УК эта мера может быть назначена лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность

для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения. Однако понятие «особая опасность» нигде не раскрыто. В УК все преступления делятся на четыре категории: а) небольшой тяжести; б) средней тяжести; в) тяжкие преступления; г) особо тяжкие преступления. Особо тяжкими считаются деяния, за которые Кодексом предусмотрено наказание свыше 10 лет или более строгое. В УК есть еще понятие (ч. 3 ст. 18) «особо опасный рецидив преступления», каковым признается повторное тяжкое общественно опасное деяние.

Таким образом, понятие «особая опасность для общества» должно включать в себя как тяжесть совершенного деяния, так и его многократность, а для больных, признанных невменяемыми, — склонность к нарушениям больничного режима. Всегда можно обосновать опасность такого больного и перевести его на более строгий режим наблюдения.

Таким образом, в случае рекомендации принудительного лечения в специализированном стационаре с интенсивным наблюдением необходимо показать, что больной в силу тяжести совершенного деяния, его повторности (или многократности) либо грубых расстройств поведения, препятствующих проведению ему лечебно-реабилитационных мероприятий, представляет особую опасность для общества. В настоящее время в Российской Федерации функционируют семь стационаров специализированного типа с интенсивным наблюдением (около 5000 коек). Каждый из них обслуживает несколько субъектов РФ (причем все они находятся на европейской части России), что порождает определенные сложности в исполнении данной принудительной меры медицинского характера. Как уже указывалось, охранные функции в этих стационарах выполняют подразделения ФСИН[1].

- [1] В настоящее время это закреплено законодательно Федеральным законом от 07.05.2009 № 92-ФЗ «Об обеспечении охраны психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением».

Критерии назначения принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа.

Стационары специализированного типа в настоящее время есть приблизительно в 45 субъектах РФ. Это специализированные отделения для принудительного лечения, которые создаются, как правило, на базе психиатрических больниц. Это обычно одно, реже два-три отделения. Есть небольшие специализированные больницы, есть отделения, объединенные с судебно-психиатрической экспертизой. Как уже указывалось, эти отделения стали создаваться в 1988 г. после внесения поправок в Уголовный кодекс РСФСР. Как показала практика, содержание большинства лиц, которым

рекомендована стационарная форма принудительного лечения в обычных психиатрических стационарах, неоправданно. При средней продолжительности принудительного лечения около 2 лет эти больные, находящиеся на принудительном лечении в обычных больницах, достаточного реабилитирующего воздействия не получают и отрицательно влияют на других больных, являются наиболее частыми нарушителями лечебного распорядка в стационаре. Внутри отделений появилась возможность создавать коллективы больных, терапевтическую среду. На первом месте в этих отделениях должна быть корригирующая работа, должны создаваться условия для дневного пребывания больных, трудовой занятости. По мнению В. П. Котова (2001), в такие отделения должны направляться 60—70% больных, к которым применяются меры медицинского характера. Безусловно, возникают проблемы с охраной подобных отделений, поскольку хотя эти лица и не представляют «особой опасности» для общества, но требуют повышенных мер безопасности. Для обеспечения мер безопасности в этих отделениях привлекаются вневедомственная охрана МВД России, частные охранные предприятия (оплачиваются данные услуги за счет местного бюджета здравоохранения) либо увеличенный штат санитаров. Однако охранники по закону могут лишь перекрывать периметр медицинского стационара, тогда как санитары имеют право находиться внутри палат.

В заключении экспертной комиссии, если больному рекомендуется принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа, следует показать, что хотя больной и не представляет особой опасности для общества, но в силу психических нарушений, носящих стойкий или рецидивирующий характер, и обнаруживающейся тенденции к асоциальному образу жизни, повторным ООД и нарушениям больничного режима ему требуется направление в специализированный стационар.

При рекомендации принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа в заключении экспертной комиссии следует показать, что совершенное больным ООД либо обусловлено выраженным психическим расстройством (обострением), которое является курабельным и преходящим, либо связано внешними неблагоприятными обстоятельствами, что у больного нет тенденций к грубым нарушениям больничного режима и стойких асоциальных установок, но отсутствие достаточно критического отношения к своему болезненному состоянию не позволяет рассчитывать на добровольное проведение показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий.

Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях[1] больных с тяжелыми психическими

расстройствами в российском законодательстве появилось только в 1997 г., с принятием нового УК, хотя его необходимость давно назрела и обсуждалась. Это полноценная мера медицинского характера, предусмотренная УК, и продление, отмена, изменение данной принудительной медицинской меры проводится в том же порядке, что и при стационарных формах лечения. Прежде всего, АПНЛ рассматривается как необходимый переходный этап от стационарной формы принудительного лечения к его полной отмене. Основную часть находящихся на АПНЛ больных должны составлять лица, которым данная мера рекомендована как заключительная мера медицинского характера после принудительного лечения в стационаре. Хотя до появления АПНЛ практиковались амбулаторный специальный учет и активное диспансерное наблюдение, но для определенных категорий больных эти ограничительные меры были недостаточными и неэффективными. Так, например, какое бы тяжкое деяние ни совершил в прошлом больной, с тех пор как суд вынес определение о прекращении принудительного лечения, он обретал юридический статус обычного пациента диспансера. Сама выписка больного из стационара с резким переходом к свободному, безнадзорному режиму нередко оказывается для больного столь существенным ситуационно-психологическим перепадом, что может вызвать значительные изменения состояния и поведения пациента, потребовать возврата к принудительному лечению в стационаре.

Некоторые больные известие о прекращении принудительного лечения воспринимают как предоставление им полной свободы. Это дает таким лицам субъективное основание для уклонения от наблюдения диспансера, а также для возвращения к прежнему образу жизни, уже приведшему к совершению ООД. Определенным несовершенством обладает и Закон о психиатрической помощи, расширяющий права психически больных и делающий госпитализацию в стационар общего типа без согласия пациента или при отсутствии показаний для подобной госпитализации невозможной.

Пациенты после прекращения принудительного лечения внешне могут не представлять непосредственной опасности для себя и для окружающих, однако они уклоняются от наблюдения ПНД, ведут асоциальный образ жизни. На практике получалось, что вернуть их обратно на стационарное звено принудительного лечения можно было только после совершения ими нового ООД. Поэтому эффективность принудительного лечения длительное время оставалась низкой; рецидив ООД после прекращения стационарного принудительного лечения составлял около 25—30% по России, в Москве около 50%, при этом большая их часть совершалась на протяжении первого года после прекращения принудительного лечения. Если брать общие характеристики лиц, совершивших ООД, то 65—70% из них ранее привлекались к уголовной ответственности (отбывали наказание или находились на принудительном лечении), 60% злоупотребляли алкоголем,

70% совершили ООД в состоянии алкогольного опьянения. Значительную часть из них составляли лица без определенного места жительства.

АПНЛ осуществляется амбулаторным учреждением по месту жительства больного в контакте с органом внутренних дел. При изменении состояния больных, появлении у них особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения ООД, может быть решен вопрос о замене АПНЛ на более строгую меру в рамках описанного выше судопроизводства. Необходимо отметить, что и после отмены пациентам АПНЛ по решению суда задачи профилактики совершения ими повторных ООД имеют не меньшую актуальность, чем до введения данного вида принудительного лечения [Березанцев, Белоус, 2011].

Можно выделить две *основные цели АПНЛ.* Первая — уменьшение риска рецидива правонарушения, вторая цель — реабилитация. Подобная амбулаторная принудительная мера медицинского характера предусмотрена законодательствами многих стран (часто под названием «условная выписка»). Формирование амбулаторного судебно-психиатрического контингента имеет национальные особенности. Если в России АПНЛ является одной из кодифицированных норм уголовного права, применяемой к лицам, невменяемым и ограниченно вменяемым, то не везде оно связано только с институтом невменяемости.

Так, в США АПНЛ невменяемых предусмотрено в 12 штатах, в остальных же эти лица после выписки не могут быть принуждены получать лечение. В штатах, предусматривающих подобную меру, условная выписка невменяемых, прошедших курс лечения в стационаре, применяется все чаще, так как представляется судьям более безопасной с уголовно-политической точки зрения, чем окончательное освобождение. Часто срок АПНЛ ограничивается сроком наказания, которое могло бы быть назначено пациенту в случае вынесения обвинительного приговора. Особо подчеркивается также финансовый аспект. Так, амбулаторная помощь оценивается приблизительно в 14% от стоимости принудительного лечения того же пациента в стационаре.

С января 1978 г. в штате Орегон стартовал эксперимент «Орегон- модель». Была создана специальная служба (комитет) из пяти членов: психиатра, психолога, юриста, социального работника и стороннего наблюдателя. Комитет должен был нести ответственность за обеспечение надлежащего наблюдения и лечения больного во время его пребывания в обществе, а также в случае ухудшения состояния обязан был способствовать его повторной госпитализации. Изначально задуманная как эксперимент на пять лет, модель оказалась удачной и стала постоянно действующей с 1981 г. За 10-летний период из 295 тыс. лиц, условно освобожденных под наблюдение

Наблюдательного комитета по безопасности в психиатрии, только 6% пациентов повторно совершили правонарушения.

В Германии также предусмотрено условное освобождение от принудительного лечения в стационаре. В этих случаях устанавливается надзор, при несоблюдении условий которого условное освобождение отменяется. Хотя в законодательном тексте об АПНЛ прямо не говорится, как на необходимое условие такого освобождения указывается на наличие адекватной амбулаторной сети.

В Нидерландах амбулаторной судебно-психиатрической помощью обеспечиваются, помимо бывших пациентов судебно-психиатрического стационара, также и осужденные, которые согласились на контроль и лечение в обмен на уменьшенный или условный приговор, в том числе как альтернативу наказанию при нетяжких правонарушениях.

Суд может назначить и меру воздействия в виде условного осуждения с частичным или полным освобождением от отбывания наказания и назначением среди прочего АПНЛ. Наблюдение за условно осужденными осуществляет социально-психиатрическая служба, которая является связующим звеном между органами юстиции и системой здравоохранения. Условное осуждение носит характер испытательного срока и проводится под надзором попечителя. В такой форме АПНЛ может применяться при лечении алкогольной и наркотической зависимости и некоторых других. Интересно, что в Нидерландах АПНЛ могут подвергаться также сложные и агрессивные пациенты из общей психиатрической сети — с целью предотвращения ухудшения состояния и возможных правонарушений.

В Канаде во всех провинциях принята практика постепенного возвращения в общество невменяемых и неспособных предстать перед судом. Все пациенты после выписки получают амбулаторную помощь. Эти лица находятся под юрисдикцией специальной «наблюдательной комиссии», которая ежегодно проверяет статус пациента и часто указывает условия, на которых пациент может оставаться в обществе (контакт с определенным психиатром, прием назначенных лекарств, проживание в определенной смоделированной среде, неупотребление алкоголя) и при несоблюдении которых он может быть возвращен в больницу — даже насильно.

Особенную ситуацию мы видим во Франции, где невменяемый полностью выводится из системы уголовного правосудия и госпитализируется по постановлению представителя исполнительной власти (префекта); в правовом отношении это ничем не отличается от других случаев недобровольной госпитализации (placement d’office). Для этих больных предусмотрена так называемая «пробная выписка» (sortie d’essai) под наблюдение амбулаторной службы. Есть сведения, что слишком

«либеральный» характер этой службы не позволяет осуществлять за пациентами реальный контроль, что часто приводит к совершению ООД. Только в самые последние годы АПНЛ стало предлагаться в качестве альтернативы принудительному лечению в стационаре.

Особенностью проведения АПНЛ в Австрии является участие в нем судебно-психиатрических клиник, действующих отдельно от системы общей психиатрической помощи. Такими пациентами занимается мультипрофессиональная бригада специалистов, обладающих судебнопсихиатрическими навыками; она обеспечивает широкий спектр вмешательств (психотерапевтических, психосоциальных или биологических). Стоит отметить, что в Австрии свыше половины невменяемых, выписываемых из судебно-психиатрического стационара, получают направление на АПНЛ.

Вернемся к исполнению АПНЛ в соответствии с российским законодательством. При принятии на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра больному разъясняют порядок его проведения, обязательность выполнения врачебных рекомендаций, назначается соответствующий его состоянию режим, необходимое лечение[2].

Находящиеся на АПНЛ обладают теми же правами, что и другие больные, в том числе на получение бесплатных лекарств. Больной может быть направлен в любое подразделение ПНД — лечебно-производственные мастерские, помещен в дневной стационар. При наличии показаний лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар как добровольно, так и в недобровольном порядке. Трудоспособные пациенты во время АПНЛ могут работать, а при изменениях состояния, делающих их временно нетрудоспособными, получать больничный лист. Выезды по служебной необходимости согласовываются с лечащим врачом ПНД. При появлении оснований для изменения меры медицинского характера на стационарное наблюдение и лечение ПНД также может прибегнуть к недобровольной госпитализации. В таком случае одновременно с госпитализацией по решению комиссии врачей- психиатров возбуждается ходатайство перед судом об изменении принудительной меры, о чем письменно извещается администрация стационара. Вопрос о выписке такого больного может быть решен только в случае получения определения суда об отказе в изменении принудительной меры медицинского характера.

Рекомендовать АПНЛ как первичную меру (непосредственно после признания лица невменяемым) можно в следующих случаях:

- • для лиц, совершивших ООД в состоянии временного психического расстройства или психотического обострения (приступа, пароксизма) хронического психического расстройства. Ко времени экспертизы

должно быть достигнуто полное купирование психоза, не оставившего клинических проявлений, требующих стационарного наблюдения и лечения;

- • для лиц с негативно-личностными психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния. Рекомендовать АПНЛ им можно в тех случаях, когда совершенное правонарушение не представляет значительной социальной опасности, спровоцировано внешним, неблагоприятным стечением обстоятельств и непосредственно не взаимосвязано с психопатологическими расстройствами. Основным клиническим аргументом в пользу выбора данной меры медицинского характера должно быть отсутствие психопатоподобных расстройств и преобладание негативно-личностных изменений, проявляющихся в выраженных эмоционально-волевых изменениях со снижением личностной и поведенческой активности, редукцией энергетического потенциала. В пользу рекомендации АПНЛ должны также свидетельствовать удовлетворительная социальная и бытовая адаптация пациента, отсутствие склонности к алкоголизации, наркотизации, асоциальным формам поведения.

К сожалению, практика показывает, что в 30% случаев экспертные комиссии неправильно рекомендуют данную меру медицинского характера как первичную. Как уже говорилось, большую часть контингента находящихся на АПНЛ должны составлять лица, к которым АПНЛ применена как заключительная мера медицинского характера (после принудительного лечения в стационаре).

Показания для изменения принудительного лечения в стационаре на амбулаторное принудительное лечение.

- 1. Преобладание в клинической картине хронического психического заболевания бредовых и (или) психопатоподобных проявлений с тенденцией к безремиссионному течению или формированию нестойких ремиссий с частыми рецидивами.
- 2. Формальная критика к заболеванию и (или) совершенному деянию, несмотря на адекватно проводимую длительную терапию.
- 3. Необходимость продолжения психофармакотерапии и оказания помощи для достижения адекватного уровня социальной адаптации.
- 4. Данные анамнеза о нарушениях социальной адаптации (как в преморбидном периоде, так и за время болезни).
- 5. Отмечавшаяся в прошлом склонность к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, иными психоактивными веществами.
- 6. Наличие криминального опыта, повторность привлечения к уголовной ответственности (как в преморбидном периоде, так и за время болезни).

В некоторых случаях экспертные комиссии могут не рекомендовать меры медицинского характера — приблизительно в 5—7% случаев до введения АПНЛ, сейчас эта цифра снизилась. Если эксперты считают целесообразным не применять принудительную меру медицинского характера, то это также следует соответствующим образом обосновать, показав, что ООД совершено либо в период временного расстройства психической деятельности без тенденции к повторению, либо явилось результатом отсутствия своевременной психиатрической помощи при пассивности и беспомощности больного.

Следует отметить значение изменений вида принудительного лечения в сторону более строгого и переводов больных из стационаров обычного или специализированного типа в стационар с интенсивным наблюдением в связи с неподчинением распорядку, побегами и т.д. Это, как показывает опыт, дисциплинирует остальных больных. Само лечение должно быть дифференцированным и учитывать нозологическую форму, характер деяния, его механизмы.

Сейчас принят *ступенчатый принцип принудительного лечения.* Из стационара с интенсивным наблюдением обычно не выписывают с полным прекращением принудительных медицинских мер, а переводят для дальнейшего принудительного лечения в стационары специализированного или обычного типа. Хотя в некоторых случаях можно выписывать прямо домой. Иногда бывает полезно не затягивать стационарное принудительное лечение, чтобы избежать развития госпи- тализма. В таких случаях указанную меру целесообразно изменять на амбулаторную форму. Отмену стационарного принудительного лечения или изменение его на амбулаторную форму необходимо подготовить. Нужно наладить контакт с ПНД, решить некоторые социальные вопросы, установить контакт с родственниками, по возможности решить жилищные вопросы. При коротких сроках принудительного лечения пациент имеет право на больничный лист. Его можно выдавать в тех случаях, когда родственники или сам больной представят убедительные доказательства, что оформление инвалидности принесет ему ущерб. В остальных случаях больные направляются на медико-социальную экспертизу и им определяется II или I группа инвалидности. Собственно реабилитация начинается при переводе больного для продолжения принудительного лечения в учреждение по месту жительства (если он был в больнице с интенсивным наблюдением). Тогда становятся возможными постоянные контакты с родственниками, решение социальных вопросов.

Во время осуществления принудительного лечения помимо психофармакотерапии велика роль психолога и психокоррекционной работы. В выписке, высылаемой в ПНД, должны быть приведены сведения, определяющие общественную опасность больного. «Формула общественной

опасности» включает следующие параметры (помимо диагноза): тип течения заболевания; ведущий синдром; кратность, характер и механизм ООД; факторы, способствующие совершению ООД (например, отказ больного от поддерживающей терапии или склонность к алкоголизации); препятствующие факторы — хорошее семейное окружение, стойкая ремиссия; проведенные мероприятия на принудительном лечении; рекомендуемые в ближайшее время социальные мероприятия (например, размен жилья); поддерживающее медикаментозное лечение (например, применение пролонгированных нейролептиков).

- [1] Далее для краткости — амбулаторное принудительное наблюдение и лечениеу психиатра — АПНЛ.
- [2] Непосредственное отношение к АПНЛ имеет Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами (приложение к приказу Минздрава и МВД России от 30.04.1997№ 133/269). Вот выдержки из нее: Контрольные карты диспансерного наблюдения (формы № 030-1/У) за лицами, находящимися на активном диспансерном наблюдении и направленными судом на амбулаторное принудительное лечение, располагаются в общих картотеках психоневрологических диспансеров с пометкой в верхнем углу лицевой стороны карты «АДН» (активноедиспансерное наблюдение), «ПЛ» (принудительное лечение) и цветной маркировкой либоформируются отдельным массивом с той же пометкой. Лица в группах активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного наблюдения и лечения обследуются врачом-психиатром не менее одного раза в месяц. Психоневрологический диспансер направляет в орган внутренних дел по местужительства лиц, находящихся на АПНЛ: — ежегодно до 20 января список лиц, находящихся на АПНЛ; — сведения об изменении места жительства лица, находящегося на АПНЛ, а такжепри длительном отсутствии его по месту регистрации; — данные о лицах, вновь принятых на АПНЛ и снятых с него, — немедленно по принятии соответствующих решений.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Дайте определение и перечислите виды принудительных мер медицинского характера.
- 2. Охарактеризуйте особенности производства по применению принудительных мер медицинского характера.

- 3. Каковы организационные формы проведения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами?
- 4. Каковы показания для принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением?
- 5. Определите рекомендации для принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа.
- 6. Какова специфика амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра больных с тяжелыми психическими расстройствами?

Литература

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами : метод, рекомендации / под ред.

В. П. Котова. М., 2003.

Березанцев А. Ю., Белоус И. В. Профилактика общественно опасных форм поведения у больных шизофренией в условиях активного диспансерного наблюдения // Судебная психиатрия. Профилактика противоправного поведения лиц с психическими расстройствами. М., 2011. С. 15—34.

Котов В. П., Мальцева М. М. Диагностика потенциальной общественной опасности больных с психическими расстройствами // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. М., 2001. С. 166—193.

Котов В. П., Мальцева М. М. Общественная опасность психически больных и подходы к ее профилактике // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. М., 1993. С. 86—98.

Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. М., 1995.

Мальцева М. М. Психопатологические механизмы общественно опасных действий больных с психическими расстройствами // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М., 2004. С. 433—440.

О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния. М., 1999.

Принудительное лечение психически больных (лечебно-реабилитационные программы) : пособие для врачей. М. : ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2002.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: рук-во для врачей / под ред. В. П. Котова. М., 2009.

Руководство по судебной психиатрии : практич. пособие / под ред. А. А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и доп., 2017.

Ткаченко А. А., Шишков С. Н. Судебно-психиатрическая экспертиза по определению расстройств сексуальных предпочтений в свете Федерального закона от 29.02.2012 N[e]14-ФЗ : информ. письмо. М., 2012.

ОСНОВЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ПСИХИАТРИИ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • правовые и организационные основы оказания психиатрической помощи осужденным;
- • виды и специфику оказания психиатрической помощи осужденным;

уметь

- • определять основные задачи психиатрической помощи осужденным;
- • выделять организационные формы психиатрической помощи осужденным;
- • устанавливать специфику каждого вида психиатрической помощи осужденным и освобождения от дальнейшего отбывания наказания;

владеть

• навыками определения критериев для применения различных правовых и организационных форм оказания психиатрической помощи осужденным, а также освобождения от дальнейшего отбывания наказания.

Предмет и задачи пенитенциарной психиатрии

К пенитенциарной психиатрии относится оказание психиатрической помощи осужденным, отбывающим наказание, а также обвиняемым и подозреваемым, взятым под стражу и находящимся в следственных изоляторах (СИЗО). В данной главе речь пойдет только о психиатрической помощи осужденным, находящимся в местах лишения свободы. Лица, осужденные к видам наказания, не связанным с лишением свободы, получают медицинскую, в том числе психиатрическую, помощь в обычных территориальных учреждениях системы здравоохранения.

Контингент осужденных является весьма специфическим, что определяет особенности оказания им психиатрической помощи. Среди осужденных высок удельный вес лиц с психической патологией (по некоторым данным до 80% и более), что гораздо выше, чем в общей популяции. Так, по данным Фолка [Основы судебной психиатрии, 2008], лишь у 10% заключенных не выявляется никаких признаков психического расстройства и лишь у 20% отмечается только одно расстройство (т.е. у остальных одновременно имеются две и более разновидностей психической патологии). Высок уровень невротических расстройств: от 39 до 75% по разным выборкам (среди ожидающих суда и осужденных мужчин и женщин) по сравнению с 14% среди лиц, проживающих в сообществе. Исследования, ориентированные на специальное диагностирование личностных расстройств, дали шокирующие результаты: наличие той или иной личностной патологии было установлено у 78% заключенных; причем преобладала личностная патология, включающая в себя элементы личностной асоциальности («дис- социальное личностное расстройство»). Среди осужденных мужчин распространенность функциональных психозов составила 7% (в период предварительного заключения — 10%), а среди женщин, отбывающих наказание, — 40%. Для сравнения, в общей популяции этот показатель составляет 0,4%. Приведенные данные указывают на то, что заключенные — это группа лиц, находящихся в неблагоприятном положении по широкому спектру интеллектуальных, социальных и личностных измерений функционирования.

По данным отечественных авторов [Обросов, Бусовиков, 2004], доля психических расстройств среди осужденных составляет около 40%. Это психические аномалии, не лишающие способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и не препятствующие отбыванию наказания, но создающие определенные трудности в осуществлении исправительных мер (расстройства личности, органические психические расстройства, легкие степени умственной отсталости, невротические состояния). Тяжелые психические расстройства в местах лишения свободы встречаются не часто; как правило, это декомпенсации имеющейся неглубокой психической патологии, которые носят обратимый характер. В случае развития у осужденного тяжелого и стойкого психического расстройства такое лицо подлежит освобождению от наказания.

В пенитенциарной системе врачам приходится сталкиваться с проявлениями криминальной субкультуры со своими правилами, системой ценностей, стереотипами поведения и иерархией взаимоотношений. Криминальная субкультура имеет и внешние проявления — жаргон, татуировки с определенной символикой. Врач, работающий в пенитенциарной системе, должен ориентироваться в этих вопросах для адекватной оценки реалий. Кроме того, у лиц, находящихся в условиях криминальной субкультуры,

имеются определенные личностные особенности, которые обозначают «криминальной деформацией личности». Система ценностей подобных лиц определяется антисоциальными наклонностями, которые становятся доминирующими в иерархии жизненных приоритетов, накладывают свой отпечаток на их повседневное поведение. Как и всякая врачебная деятельность, работа психиатра в пенитенциарной системе строится на доверии пациента и врача, сохранении врачебной тайны, а также на других принципах, закрепленных в законодательстве и профессионально-этических правилах (основные профессионально-этические требования, предъявляемые к психиатру, содержатся в Кодексе профессиональной этики психиатра, принятом в 1994 г. Российским обществом психиатров). Вместе с тем необходимо помнить, что криминальная деформация личности, особенности субкультуры, условия отбывания наказания накладывают отпечаток на взаимоотношения «врач — больной». Так, при общении с врачом осужденные часто искажают сведения о себе и совершенных ими правонарушениях, нередко склонны для получения конкретной выгоды (назначения определенных лекарств, помещения в щадящие больничные условия) давать неточную информацию о перенесенных ими ранее заболеваниях, преувеличивать свое страдание. Это нередко затрудняет получение психиатром достоверных анамнестических сведений и диагностическую квалификацию состояния пациента.

Цель оказания психиатрической помощи осужденным традиционна для медицины — это здоровье и благополучие пациента. В то же время условия пенитенциарной системы ставят перед психиатрической службой ряд специфических задач. Одной из них является помощь в адаптации осужденных к условиям пенитенциарного учреждения. Эти условия кардинально отличаются от обычных и характеризуются резким изменением жизненных стереотипов, сенсорной депривацией, жесткой регламентацией поведения, что предъявляет повышенные требования к психике осужденного. Задача психиатра — выявление имеющейся у осужденного психической патологии и выработка тактики воспитательных, медицинских и психолого-коррекционных воздействий, направленных на профилактику срывов адаптации. Срывы адаптации к условиям пенитенциарного учреждения могут приводить к углублению и декомпенсации имеющихся у осужденных психических расстройств, что в свою очередь ведет к снижению способности отбывать наказание и может привести к совершению осужденным действий, нарушающих режимные требования или опасных для себя или окружающих.

Хотя неглубокие психические расстройства и не лишают субъекта способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, но во многих случаях они ослабляют его способность к произвольной волевой регуляции поведения, и потому психиатрическая помощь осужденным способствует профилактике рецидивной преступности. Эта функция пенитенциарной психиатрии наиболее ясно прослеживается при

принудительном лечении ограниченно вменяемых (к которым применяются ч. 1, 2 ст. 22 УК) и прямо вытекает из текста УК (ч. 1 ст. 97 и 98).

Общие нормы Закона о психиатрической помощи распространяются и на осужденных. Так, в ч. 3 ст. 10 Закона говорится, что «медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненного расстройства и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством или в интересах других лиц». В пенитенциарной практике данное положение имеет особое значение, поскольку возможности лишенных свободы по защите своих прав ограничены, тогда как имеется вероятность использования психиатрических средств в немедицинских целях в пенитенциарной системе (например, как средство контроля за поведением осужденных).

Еще одной из задач пенитенциарной психиатрии является возможно более раннее выявление тяжелых психических расстройств, препятствующих отбыванию наказания. Тяжелые психические расстройства могут представлять собой декомпенсации имеющейся неглубокой психической патологии (как правило, это тяжелые психогенные расстройства — реактивные психозы). В большинстве случаев подобные болезненные состояния обратимы, и неспособность отбывать наказание у осужденных носит временный характер. В этих случаях осужденные помещаются в специализированные психиатрические стационары, имеющиеся в пенитенциарной системе, где получают необходимое лечение, и после улучшения психического состояния возвращаются отбывать определенное им наказание. В случаях манифестации тяжелого психического расстройства (как правило, это шизофрения) или стойкого углубления имеющейся психической патологии осужденные подвергаются психиатрическому освидетельствованию по вопросу о наличии у них хронического психического заболевания, препятствующего дальнейшему отбыванию наказания (ч. 1 ст. 81 УК). Результаты освидетельствования направляются в суд, который в порядке, установленном УПК, рассматривает вопрос о возможности освобождения заболевшего от наказания и применения к нему принудительных мер медицинского характера (см. последний параграф данной главы).

Организация психиатрической помощи осужденным

Психиатрическая помощь осужденным является частью медицинского обслуживания осужденных к лишению свободы и осуществляется в рамках единых организационно-правовых форм, характерных для пенитенциарной медицины. Основные законодательные нормы, регламентирующие медицинское обслуживание осужденных к лишению свободы, содержатся в УИК. Собственно лечебная и санитарнопрофилактическая деятельность в

исправительных учреждениях проводится в соответствии с законодательством о здравоохранении (включая Закон о психиатрической помощи). Лишенные свободы не утрачивают основных прав, которыми обладают все граждане в области медицинского обслуживания. Порядок оказания медицинской помощи лишенным свободы определяется также ведомственными нормативными актами.

Вопросы медико-санитарного обеспечения осужденных к лишению свободы регламентируются ст. 101 УИК, согласно которой в уголовноисправительной системе (УИС) организуются медицинские учреждения. В данную службу входят лечебно-профилактические учреждения (больницы, специализированные психиатрические и туберкулезные больницы, медицинские части). Врачи медицинской службы УИС являются сотрудниками ФСИН Минюста России. В качестве самостоятельного вида исправительных учреждений УИК предусматривает лечебно-исправительные учреждения, предназначенные для содержания и амбулаторного лечения осужденных, страдающих открытой формой туберкулеза, алкоголизмом и наркоманией (ч. 1 и 2 ст. 101 УИК). Порядок оказания медицинской помощи осужденным устанавливается законодательством РФ и нормативными актами Минюста и Минздрава России (ч. 5 ст. 101 УИК).

Наиболее важным нормативно-правовым ведомственным актом является Порядок организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу, утвержденный приказом Минздравсоцразвития и Минюста России от 17.10.2005 № 640/190[1]. Согласно этому документу в исправительных учреждениях организуются медицинские части, которые являются их структурным подразделением. Медицинская часть может иметь в своем составе амбулаторию, стационар и медицинский изолятор, оборудованные средствами охраны и надзора. Основная задача медицинской части — оказание первичной и частично специализированной (включая психиатрическую) помощи осужденным.

Медицинская помощь осужденным может быть как амбулаторной, так и стационарной. Для обеспечения осужденных стационарной помощью в пенитенциарной системе созданы больничные учреждения, причем в крупных многопрофильных больницах есть психиатрические отделения. Существует и несколько специализированных психиатрических больниц (психиатрические больницы мест лишения свободы не следует путать с психиатрическими стационарами системы здравоохранения, где осуществляются принудительные меры медицинского характера).

Психиатрическая помощь осужденным осуществляется в следующих основных формах:

- • оказание психиатрической помощи на добровольной основе (по обращению самого осужденного или с его согласия);
- • недобровольное психиатрическое освидетельствование и недобровольная госпитализация в соответствии с порядком, установленным Законом о психиатрической помощи. При применении недобровольных психиатрических мер должны соблюдаться все установленные законом процедуры, включая судебные (ст. 24, 32—35 Закона; ст. 302— 306 ГПК);
- • принудительное лечение «ограниченно вменяемых». На эту категорию не распространяются положения Закона о психиатрической помощи, так как все психиатрические меры могут проводиться без согласия пациента;
- • обязательное лечение от алкоголизма и наркомании (на основании ч. 3 ст. 18 УИК). Подлежащие данному лечению проходят лечебнореабилитационные мероприятия в создаваемых для этих целей лечебно-исправительных учреждениях (п. 271 Порядка). При выявлении у осужденного хронического алкоголизма или наркомании ему предлагается пройти курс наркологического лечения добровольно. Такое лечение проводится в обычном исправительном учреждении при наличии надлежащих условий. В случае отказа от добровольного лечения медицинской комиссией выносится решение об обязательном лечении в лечебно-исправительном учреждении. В состав комиссии входят начальник медицинской части и два врача (нарколога или психиатра). Решение о прекращении обязательного лечения также принимается комиссионно (п. 272—276 Порядка);
- • обязательное лечение от наркомании лица, наказание которого не связано с лишением свободы: «1. при назначении лицу, признанному больным наркоманией, основного наказания в виде штрафа, лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, обязательных работ, исправительных работ или ограничения свободы суд может возложить на осужденного обязанность пройти лечение от наркомании и медицинскую и (или) социальную реабилитацию. 2. Контроль за исполнением осужденным обязанности пройти лечение от наркомании и медицинскую и (или) социальную реабилитацию осуществляется уголовно-исполнительной инспекцией» (ст. 72.1. УК[2]);
- • принудительное лечение осужденного за совершение в возрасте старше 18 лет преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности, отбывающего наказание в виде лишения свободы (на основании ч. 4 ст. 18 УИК). На эту категорию также не распространяются положения Закона о психиатрической помощи, так как все психиатрические меры могут проводиться без согласия пациента.

Принудительное лечение данного вида осуществляется по тем же правилам, что и принудительное лечение «ограниченно вменяемых» осужденных (ст. 22 и п. «в» ч. 1 ст. 97 УК). Однако вне зависимости от времени последнего освидетельствования и даже в случае отмены принудительного лечения лицо, указанное в п. «д» ч. 1 ст. 97 УК, к которому применяется принудительное лечение (либо применялось, но было отменено), должно быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу *не позднее* 6 *месяцев до истечения срока наказания.* Экспертиза назначается судом по ходатайству администрации учреждения, исполняющего наказание. Целью экспертизы является вопрос о необходимости применения принудительного лечения *после отбытия лицом наказания* (а также в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания более мягкого наказания). Суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы может назначить принудительную меру медицинского характера, предусмотренную п. «а» ч. 1 ст. 99 УК, или прекратить ее применение (ч. 2.1 ст. 102 Кодекса).

Таким образом, возник новый вариант *судебно-психиатрической экспертизы,* назначаемой *в отношении осужденных.* Вопрос о ее назначении решается судом в рамках производства по рассмотрению и разрешению вопросов, связанных с исполнением приговора (п. 4.2 ст. 397 УПК), но по общим правилам назначения и производства судебных экспертиз в уголовном процессе (гл. 27 УПК, а также ст. 283 УПК).

Экспертам в заключении следует указать *диагноз (наличие или отсутствие расстройства сексуального предпочтения в форме педофилии), а также наличие или отсутствие необходимости применения к осужденному после отбытия им наказания амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра в соответствии с п.* «б» ч. *1 ст. 97 и п. «а» ч. 1 ст. 99 УК.*

В положениях, введенных в действующее законодательство Федеральным законом от 29.02.2012 № 14-ФЗ, экспертиза по оценке расстройств сексуального предпочтения в виде педофилии именуется «судебно-психиатрической» (п. 4.2 ст. 397 УПК; ч. 4 ст. 80 УК и др.). Таким образом, данный вид экспертного исследования отнесен к *судебно-психиатрической экспертизе.*

Предоставляемая осужденным медицинская помощь оказывается в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (п. 9 Порядка). Вместе с тем в случае необходимости для оказания высококвалифицированной медицинской помощи осужденным могут привлекаться специалисты из учреждений здравоохранения, использоваться муниципальные и государственные медицинские учреждения.

- [1] Психическим расстройствам посвящен специальный раздел Порядка (п. 260—270), самостоятельный раздел посвящен алкоголизму и наркомании (п. 271—278).
- [2] Ведена Федеральным законом от 25.11.2013 № 313-ФЗ.

Освобождение от дальнейшего отбывания наказания осужденных, заболевших тяжелым психическим расстройством

Осужденные к лишению свободы обеспечиваются психиатрической помощью по основаниям и в порядке, установленным законодательством о здравоохранении. Психиатрическая помощь оказывается по месту отбывания наказания. В том случае, если осужденный заболел тяжелым психическим расстройством, делающим невозможным процесс дальнейшего исполнения наказания, возникает необходимость освобождения больного от отбывания наказания, а также применения к нему принудительных мер медицинского характера (если он в них нуждается).

Согласно ч. 1 ст. 81 УК от дальнейшего отбывания наказания освобождаются осужденные, заболевшие после совершения преступления психическим расстройством, лишающим их возможности «осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий

(бездействия) либо руководить ими». Данное расстройство должно быть не только тяжелым, но и хроническим, что лишает смысла процедуру отбывания наказания, так как делает осужденного неспособным понимать сущность и цели применяемых к нему исправительных мер, исполнять требования режима пенитенциарного учреждения и т.д., а само дальнейшее применение исправительных мер становится недопустимым с правовой и этической точки зрения. Как уже указывалось, при заболевании осужденного тяжелым, но обратимым (временным) психическим расстройством психиатрическая помощь оказывается без освобождения от наказания. Такое лицо направляется в психиатрический стационар (больницу, психиатрическое отделение) пенитенциарной системы. По выходе из болезненного состояния осужденный вновь возвращается в исправительное учреждение, а время, проведенное им в стационаре, засчитывается в срок отбывания наказания.

Вместе с тем следует отметить, что содержащиеся в ст. 81 УК критерии психических расстройств, препятствующих дальнейшему отбыванию наказания, весьма неудачны, поскольку есть указание на глубину (тяжесть) расстройства, но нет указания на его длительность и стойкость. В Перечне заболеваний, препятствующих отбыванию наказания, утвержденном постановлением Правительства РФ от 06.02.2004 № 54, к таковым относятся «хронические психические расстройства стойкого характера (психозы и слабоумие), лишающие лицо возможности осознавать характер и

общественную опасность своих действий (бездействия)» (п. 19). Таким образом, характеристиками психического расстройства, несовместимого с отбыванием наказания (медицинским критерием), помимо его тяжести, определяющей юридический критерий (неспособность больного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими), являются его хроническое течение и стойкий характер психических нарушений.

Для освобождения от отбывания наказания вследствие психического расстройства необходимо установить факт заболевания, подпадающего под три указанных выше признака. При этом не должны приниматься в расчет тяжесть совершенного преступления, личность осужденного, его поведение во время отбывания наказания и другие обстоятельства, которые могут учитываться при решении об освобождении от наказания ввиду «иной тяжелой болезни» (ч. 2 ст. 81 УК).

Освобождение от отбывания наказания по болезни складывается из двух этапов — досудебного и судебного. На первом — досудебном этапе психическое расстройство устанавливается с помощью психиатрического освидетельствования осужденного. Порядок проведения освидетельствования установлен Правилами медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью, которые утверждены уже упомянутым постановлением Правительства РФ от 06.02.2004 № 54. Некоторые положения, относящиеся к досудебным этапам освобождения от отбывания наказания по болезни, содержатся в Порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу.

Медицинское освидетельствование осужденных проводится комиссиями лечебно-профилактических учреждений УИС в составе не менее трех врачей. В комиссии могут включаться в качестве консультантов специалисты, работающие в учреждениях системы здравоохранения (п. 4 Правил). При проведении психиатрического освидетельствования в составе комиссии должно быть не менее двух врачей-психиатров (п. 269 Порядка). Психиатрическое освидетельствование осужденных не является судебно-психиатрической экспертизой (в процессуальном смысле). Оно проводится на том этапе, когда порядок отбывания наказания регулируется УИК, а не УПК. Поэтому нормы УПК, регламентирующие производство экспертиз, на психиатрические освидетельствования осужденных не распространяются. Для решения вопроса о досрочном освобождении осужденного в связи с тяжелым психическим расстройством всестороннее стационарное обследование является обязательным; при этом осужденный должен оставаться в психиатрическом стационаре вплоть до вынесения судом решения по делу (п. 268 и 269 Порядка).

Согласно Правилам подготовка к освидетельствованию и его проведение осуществляются следующим образом. Направление на освидетельствование выдается лечебно-профилактическими учреждениями, оказывавшими соответствующую медицинскую помощь осужденному. Форма направления утверждается Минюстом по согласованию с Минздравом России. Отказ в направлении на освидетельствование может быть обжалован осужденным или его представителем. Осужденный в доступной для него форме должен быть ознакомлен с порядком проведения освидетельствования и заблаговременно уведомлен о дате его проведения. Оно проводится не позднее 10 дней со дня поступления в комиссию медицинских документов. Комиссия должна изучить представленные документы и провести очное освидетельствование осужденного. Комиссия имеет право запрашивать дополнительные документы и направлять осужденного на дополнительные обследования. Решение комиссии принимается большинством голосов и оформляется в виде письменного заключения (акт психиатрического освидетельствования осужденного), форма которого утверждается Минюстом по согласованию с Минздравом России.

Медицинская комиссия должна ответить на основной вопрос: имеется ли у осужденного тяжелое психическое расстройство, препятствующее дальнейшему отбыванию наказания. При этом специалисты руководствуются критериями психического расстройства, содержащимися в ч. 1 ст. 81 УК и в п. 19 Перечня заболеваний, т.е. критериями глубины (тяжести) и хронического течения (стойкости), о чем уже говорилось ранее. При установлении такого расстройства комиссия также должна решить, нуждается ли заболевший после его освобождения от наказания в применении к нему принудительных мер медицинского характера, и если нуждается, то в каких именно, в соответствии с ч. 1 ст. 97 УК. Результаты медицинского заключения объявляются заключенному под роспись, а его копия должна быть вручена указанному лицу не позднее 3 дней со дня принятия решения.

Если у осужденного не выявляется психического расстройства, препятствующего отбыванию наказания, то администрация исправительного учреждения не обращается в суд для рассмотрения вопроса об освобождении от отбывания наказания. Осужденный, не согласный с таким решением, имеет право обратиться с жалобой в суд. В случае ухудшения состояния здоровья осужденного проводится повторное медицинское освидетельствование, причем независимо от времени, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования (п. 12 Правил).

Если медицинская комиссия устанавливает у осужденного психическое расстройство, препятствующее отбыванию наказания, то дело передается в суд, и туда направляются: представление учреждения или органа, исполняющего наказание; заключение медицинской комиссии; личное дело

осужденного (ч. 5 ст. 175 УИК). В судебное заседание вызывается представитель учреждения, по представлению которого решается вопрос об освобождении от наказания. В судебном заседании имеет право участвовать прокурор, однако его участие закон не признает обязательным.

Согласно ч. 3 ст. 399 УПК в судебном заседании имеет право участвовать и сам осужденный, однако это право может быть реализовано при условии, что это позволяет его психическое состояние. В случае допуска осужденного к участию в деле он вправе знакомиться с материалами дела, выступать с ходатайствами, представлять документы. Осужденный вправе также осуществлять свои права с помощью адвоката (ч. 4 ст. 399 УПК).

Если у суда возникают сомнения в обоснованности медицинского заключения о наличии у осужденного тяжелого психического расстройства, он правомочен назначить СПЭ и поставить перед экспертами вопросы, по которым возникли сомнения. В таком случае экспертиза проводится по всем правилам, предусмотренным для судебных экспертиз (ст. 195—207 и 283 УПК). Экспертное заключение исследуется судом в совокупности со всеми другими материалами дела. В судебном заседании слушания начинаются с доклада представителя исправительного учреждения, подавшего представление об освобождении от наказания в связи с болезнью, затем исследуются представленные материалы, в первую очередь медицинское заключение, выслушиваются объяснения лиц, явившихся в судебное заседание, мнение прокурора, после чего судья выносит постановление (ч. 7 ст. 399 УПК). Возможно вынесение одного из трех следующих решений:

- 1) об освобождении осужденного от наказания с применением ему той или иной меры медицинского характера;
- 2) освобождении осужденного от наказания без применения ему мер медицинского характера;
- 3) отклонении представления об освобождении от наказания.

Меры медицинского характера применяются точно по тем же основаниям, что и в отношении лиц, признанных невменяемыми, и лиц, заболевших тяжелым психическим расстройством после совершения преступления, но до решения суда. Согласно п. 196 Порядка «освобождаемые психически больные, выписываемые под наблюдение психоневрологического диспансера, а также под опеку или на попечение родственников, передаются им непосредственно в больнице. В случае отсутствия родственников или невозможности их приезда за больным он сопровождается до места жительства или лечения медицинскими работниками больницы». Продление, изменение или отмена принудительных мер медицинского характера осуществляется в порядке, установленном гл. 51 УПК (ст. 445).

Особенности клиники тяжелых психогенных расстройств и шизофрении у осужденных[1]

Психические расстройства, наблюдающиеся у контингента осужденных в условиях уголовно-исполнительной системы, отличаются значительным своеобразием, что связано с влиянием специфических психогенных факторов, характерных для пенитенциарной системы. Наиболее часто у осужденных наблюдаются психогенные расстройства широкого спектра — от легких психогенных реакций невротического уровня до тяжелых реактивных психозов. Выявление пациентов с психическими расстройствами среди лиц, вновь прибывших в исправительное учреждение, — одна из важнейших задач психиатра пенитенциарной системы. Освидетельствование осужденного и установление психиатрического диагноза проводится по общим правилам психиатрической диагностики. В то же время специфические средовые факторы накладывают отпечаток на манифестацию и течение психических расстройств. Так, начальные проявления психических нарушений различной нозологической принадлежности у подобных больных имеют такие общие признаки, как аффективная напряженность, недоверчивость, тревожность, раздражительность, настороженное отношение к остальным осужденным, подозрительность, замкнутость, оппозиционность к администрации исправительного учреждения и требованиям режима содержания, а также коррекционно-воспитательным и исправительно-трудовым воздействиям.

В условиях исправительного учреждения бывает трудно получить объективные сведения об обследуемых, так как связь с родственниками у многих пациентов утрачена, а анамнез с их слов и со слов других осужденных отличается субъективизмом. Служебные характеристики, как правило, однообразны и не отображают психологических особенностей личности. В личном деле не всегда сохраняются данные СПЭ (они нередко остаются в судах). Ответы на запросы в органы здравоохранения часто приходят с большим опозданием, а из стран ближнего зарубежья часто не приходят вообще. В практике нередки ложные ссылки обследуемых на получение образования во вспомогательной школе, наличие «психиатрических» статей в военном билете, лечение в прошлом по поводу «психозов», наличие инвалидности, что не подтверждается при объективной проверке.

Реактивные психозы нередко развиваются на фоне затяжной невротической реакции. Из реактивных неврозов наиболее частым является гипостенический вариант неврастении с депрессивным фоном настроения и ипохондрической фиксацией на соматических ощущениях (наиболее часто встречаются жалобы на покалывание в сердце, головную боль, ощущение общего дискомфорта). Основой для развития невротических состояний часто выступает декомпенсация последствий органического поражения головного

мозга с церебрастенической симптоматикой. Во всех подобных случаях отмечаются снижение адаптации больных к условиям содержания в исправительно-трудовом учреждении, отказ от выполнения требований режима содержания, что больные часто объясняют ухудшением своего соматического состояния.

Первоначальная и неотложная задача психиатра исправительной системы — выделение из общей массы осужденных больных с психозами. Наиболее часто встречаются реактивные (психогенные) психозы. В диагностике реактивных психозов не утратила своего значения триада Ясперса, включающая в себя:

- 1) возникновение психоза в связи с психической травмой;
- 2) отражение в клинической симптоматике содержания психической травмы, ее психологическая понятность;
- 3) зависимость длительности течения от разрешения психотравмирующей ситуации.

Однако следует отметить, что не всегда психоз возникает непосредственно вслед за психической травмой и исчезает после ее дезактуализации. Кроме того, в процессе развития заболевания психопатологические переживания могут отрываться от ее содержания, а психическая травма, в свою очередь, может спровоцировать другое психическое расстройство. Ниже приводится клиническое наблюдение пациента с реактивным психозом, характеризующимся подострым течением и депрессивно-параноидной симптоматикой.

12 лет. Мать — без образования и профессии, непостоянно работала уборщицей. По характеру — тихая, робкая, без вредных привычек. Обследуемый находился на искусственном вскармливании, с раннего детства часто болел пневмонией, плевритом. В школу пошел в семь лет, учился посредственно. По характеру был тихим, послушным. После смерти отца и появления отчима стал отдаляться от матери, связался с уличной компанией. Стараясь заслужить доверие более старших подростков, стал курить, воровать. Будучи мнительным, подчиняемым по характеру, иногда вдруг становился вспыльчивым, несговорчивым. Утратил интерес к учебе, увлечений никаких не имел. Время проводил в праздном гулянии по улице, ездил на рыбалку. Восьмой и девятый классы оканчивал в вечерней школе. Профессии не имеет. В армии не служил из-за плоскостопия. С 15 лет стремился вызвать у себя одурманивание разными средствами, выбрал курение анаши как более «незаметное» (чтобы мать не почувствовала запаха алкоголя и не увидела следов прокола вен). Официально на учете у нарколога не состоял, нигде не работал, помогая иногда деду в деревне по хозяйству. Состоял на учете в детской комнате милиции с 12 лет за угон автотранспорта, воровство вещей.

Данная судимость — третья. Предыдущие судимости (также за воровство) закончились штрафом, который выплатили родители, и условным осуждением. На этот раз надежды обследуемого на освобождение от отбывания наказания в местах лишения свободы не оправдались. Тяжело переживал разлуку с матерью, изоляцию, запутался в своих взаимоотношениях с осужденными, которые отбирали у него передачи, требовали относить записки в другие камеры (работал разносчиком пищи). Стал плохо спать, похудел, перестал следить за своим внешним видом. В поле зрения психиатра СИЗО попал в связи с настойчивым требованием перевода в другую камеру, неправильным поведением: прятался от сокамерников, просил не бить его, испытывал страх, говорил, что вокруг пахнет горелым мясом. На приеме был эмоционально тускл, неохотно вступал в контакт, отводил во время беседы взгляд. Отмечалась скачка мыслей. Был направлен в психиатрическое отделение областной туберкулезной больницы с диагнозом «Острый психоз».

Психический статус при поступлении. В кабинет входит неохотно. Часто вскакивает и просит отпустить его «в камеру». Говорит тихим голосом, при этом скашивает глаза в сторону. Неохотно сообщает, что слышит шум в голове. Отмечается брадипсихия — переспрашивает вопрос, забывая его и оставляя без ответа, снова уходит в свои мысли. Попытка исследовать интеллект не удается из-за состояния растерянности, полной дезориентировки в месте, времени, производит впечатление слабоумного. Одет небрежно. В палате держится обособленно. Не спит ночью, часто подходит к двери. Периодически слезлив, просит отпустить его к матери. Позже удалось выяснить, что представлял себя среди «чародеев», слышал с крыши голос матери, осуждающий его за плохое поведение. Фон настроения снижен. Считал себя хуже других больных, представлял себя «обиженным». Поэтому стремился лечь на пол возле туалета или забиться под кровать, просил прапорщика изнасиловать его. Иногда застывал в причудливой позе или стоял у кровати, как солдат. На Новый год обвешивал себя игрушками. Быстро нарастала неопрятность вплоть до непроизвольного мочеиспускания, поедания нечистот.

Назначение средних доз нейролептиков очень быстро дало начальные проявления нейролептического синдрома: слюнотечение, скованность позы, эхолалию. Было обращено внимание на появление у больного «толстой шеи» вследствие увеличения щитовидной железы, тахикардии до ПО—120 ударов в минуту, гиперемии лица. Обследован эндокринологом, был установлен диагноз «Острый тиреоидит». В результате присоединения патогенетической терапии (противовоспалительной, антиаритмической, седативной, гормональной) явления тиреотоксикоза купировались за месяц. В течении психоза отмечалась смена синдромов — от острого психотического состояния с растерянностью, страхом, отрывочными, порой сценоподобными, галлюцинаторнопараноидными переживаниями, к

псевдодементному синдрому с нарушенным поведением и преобладанием аффекта тоски, с последующим формированием длительно протекающего астенического симптомокомплекса. Наряду с психотропными средствами (антипсихотиками, антидепрессантами, седативными) больной получал рациональную психотерапию с целью выявления психотравмирующих факторов, разубеждения больного в собственной неполноценности и активизации его психических функций. Одновременно проводилась разъяснительная работа с больными в палате, был назначен «шеф» из числа авторитетных и старших по возрасту осужденных для опеки над больным и недопущения издевательств над ним. Поведение больного постепенно нормализовалось, он стал контактным, появился аппетит, поправился на 14 кг за время лечения. Больной стал следить за своей внешностью, костюмом, появились интересы, свойственные его возрасту и окружению. Стал строить планы на будущее, написал письмо в службу знакомств. Вместе с тем четко проявились преморбидные черты характера (повышенная внушаемость, ранимость, истощаемость, инфантильность суждений, личностная незрелость и примитивность). Через 5 месяцев после выздоровления в удовлетворительном состоянии больной был отпущен домой по амнистии.

Этот случай является показательным для демонстрации роли в возникновении реактивного психоза сочетания психотравмирующего фактора и патологической преморбидной «почвы» (имеющей сложную этиологию и включающей патологическую наследственность, врожденную неполноценность нервной системы, неблагоприятную обстановку в семье в сочетании с неправильным воспитанием, последствия частых инфекций в раннем детстве и гашишной интоксикации в последующие годы). Затяжное течение и утяжеление психоза обусловлено в данном случае сопутствующей эндокринной патологией. Необходимо пояснить, что разграничение психогенно возникающих психозов и неврозов иногда бывает затруднено. Особенно много дифференциально-диагностических трудностей возникает при истерических психозах, проявляющихся «синдромом одичания», истерическим сужением сознания с псевдодементной симптоматикой и истерической невротической депрессией. В целом сохранность критического отношения к психическим расстройствам свидетельствует в пользу невротического уровня поражения. Исходом реактивных состояний, кроме выздоровления, может быть также стойкий астенический синдром с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением (особенно при наличии преморбидной органической почвы) или невротическое развитие личности. Такие больные нуждаются в дальнейшей экспертной оценке для решения вопроса трудоспособности, вменяемости, спецнаблюдения и т.д. При выявлении реактивного состояния обязательно проводятся беседы с осужденными в отряде, совместно с администрацией принимаются меры по устранению конфликтной ситуации, вызвавшей срыв адаптации. После выписки из стационара ведется активное наблюдение за больным, рекомендуется рациональное трудоустройство.

Таким образом, тяжелые психогенные расстройства в практике пенитенциарной психиатрии встречаются достаточно часто и представляют собой актуальную практическую проблему. Особенности клинической картины, течения реактивных состояний в условиях уголовно-исполнительной системы, а также тактика лечебно-реабилитационных мероприятий по отношению к подобным пациентам во многом определяются специфическими особенностями среды. Так, помимо медикаментозного купирования психических расстройств необходима длительная психотерапевтическая и психокоррекционная работа с пациентами, а также устранение психотравмирующих факторов микросоциального окружения с последующей реадаптацией данных лиц в среде осужденных, восстановление их трудоспособности. Данные задачи требуют комплексного подхода к лечению и реабилитации подобных больных, включающего терапевтические, психокоррекционные, социально-психологические и экспертные аспекты.

Помимо значительного своеобразия, которое отличает психогенные расстройства в пенитенциарных учреждениях, они могут накладываться на иные, в том числе тяжелые психические нарушения. В частности, психогенные психические расстройства могут маскировать начало или обострение ранее компенсированного шизофренического процесса. При этом простая форма шизофрении нередко ускользает от внимания врачей вследствие отсутствия объективных сведений о больном, начале и развитии заболевания. У подобных пациентов часто отмечаются черты чудаковатости, эмоциональной холодности, дефицитарные симптомы преобладают над продуктивными (в виде апатии, безразличия, потери интереса к окружающему, отгороженности, аутичности). На этом фоне нередки отрывочные идеи отношения, преследования и т.д. В новых условиях у таких больных возникает аффективное напряжение, они с трудом осмысливают окружающее, у них отмечаются различные девиации в поведении на фоне прогрессирующей интеллектуальной несостоятельности. Нередко психоз не распознается, а диагностируется слабоумие различного генеза. Наиболее часто в местах лишения свободы также диагностируется параноидная шизофрения, что иллюстрирует приведенное ниже наблюдение.

Больной Л., 33 лет, осужден на 7 лет за изнасилование, судимость вторая, первая — за разбой. Родился вторым ребенком из двух в рабочей семье. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался без особенностей. В школу пошел своевременно, учился удовлетворительно. Закончил среднюю школу. Служил в армии в строительных войсках. После демобилизации работал механиком-водителем. Женат, имеет дочь. Алкоголь употребляет умеренно, прием наркотиков отрицает. За 3 месяца до поступления в отделение стал плохо спать по ночам, разговаривал сам с собой. Стал отмечать у себя повышенную работоспособность, «увеличился объем мыслей». Считал, что ему дан особый дар получать информации больше, чем другие. Заявлял, что «может

управлять миром», «лечить себя и других», «предсказывать будущее». Говорил, что все на Земле «из космоса», любую вещь можно связать с космосом.

Психический статус при поступлении. Опрятен. Охотно вступает в контакт. Все виды ориентировки сохранены. Многоречив. Мышление ускоренное, непоследовательное, быстро перескакивает с одной мысли на другую. Заявляет, что получает информацию из космоса, которая откладывается в голове, как в компьютере. Считает, что может читать мысли окружающих, а сам «закодировался», теперь в его мысли «не проникают». Разговаривая с человеком, может одновременно видеть картинки, как кадры в кино. Быстро сочинял стихи, охотно читал их врачу. Считал себя великим человеком, способным совершить открытие в любой отрасли. Будучи в отделении, «изобрел новое топливо», «новый знак в математике», «двигатель автомобиля, работающий на воде». Написал письмо на завод им. Лихачева, пытался «запатентовать изобретение». Критика к своему состоянию полностью отсутствовала. В отделении был формально контактен, иногда конфликтен с больными. Спал мало. В речи отмечались резонерство, символизм.

Постепенно появились черты эмоционального снижения, которые стали усиливаться в противовес бредовой симптоматике. Постепенно исчезла «связь с космосом», потеряли актуальность идеи величия и изобретательства. В речи отчетливо проявились разорванность, алогизм. Стал сонливым. Стремился к уединению, тяготился пребыванием в общей палате, проявлял агрессию к окружающим, тщательно планировал нападение на соседа в палате. Был освидетельствован судебно-психиатрической комиссией, которая установила диагноз: «Параноидная шизофрения, галлюцинаторно-параноидный синдром, непрерывное течение». Заключение было направлено в суд, и Л. согласно ч. 2 ст. 81 УК был освобожден от дальнейшего отбывания наказания в связи с наличием хронического психического расстройства, лишающего его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. С учетом его социальной опасности был направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением.

В данном случае процессуальное заболевание возникло у психически зрелой личности без видимой внешней причины. Содержание бредовой симптоматики типично для нашего времени — «связь с космосом», идея изобретательства. Нет возможности установить сроки начала заболевания, которое, по-видимому, манифестировало ощущениями «открытости», «наплыва мыслей». Следует отметить продолжительность внешней упорядоченности поведения, о своих болезненных переживаниях пациент рассказывал только врачу, при целенаправленном расспросе. Длительное

время сохранялась выраженная эмоциональная насыщенность переживаний на фоне гипоманиакального настроения. Идеи изобретательства, величия постепенно начали приобретать глобальный характер — «может сделать открытие в любой области», «наделен особыми способностями свыше». Наряду с появлением и нарастанием дефи- цитарной симптоматики, враждебности и агрессии к окружающим сохранялась ориентация в конкретной обстановке, тюремных «традициях».

Необходимо отметить, что в пенитенциарной системе на фоне неправильного, психопатоподобного поведения осужденного иногда бывает трудно диагностировать шизофрению, особенно если ее дебют и обострения были в далеком прошлом, а в данный момент продуктивная симптоматика отсутствует. Подобные постпроцессуальные состояния с неглубокими изменениями личности могут представлять сложность и для экспертной оценки способности подобных пациентов к дальнейшему отбыванию наказания. Это положение иллюстрирует следующее наблюдение.

Больной Г., 32 года, осужден на 10 лет за убийство. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Единственный ребенок в семье, развивался правильно. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо до 7-го класса, особенно по гуманитарным предметам. По характеру был спокойным, избирательно общительным, ранимым, не по возрасту начитанным, занимался хореографией, музыкой, спортом. В 15—16 лет в компании старших сверстников начал употреблять анашу, затем опиаты, препараты с наркотоксическим действием. Начались конфликты в семье. Стал пропускать занятия в школе. С 8-го по 11-й класс учился в вечерней школе.

Впервые привлечен к уголовной ответственности в 18 лет за хулиганство, отбывал наказание условно. Затем мать, опасаясь дурного влияния на сына его асоциальной компании, отправила его к родственникам в другой город, где он готовился к поступлению в мединститут. В этот период был замкнутым, малообщительным, из дома практически не выходил, читал много философских произведений Гегеля, Вольтера, Ницше, размышлял над проблемами «непланомерное™ жизненного бытия», «обновления людей и мира», «постоянно анализировал ход своих мыслей». Временами беспричинно становился грубым и агрессивным. В этот период (в возрасте 20 лет) демонстративно в одиночку пытался ограбить сберкассу, проникнув в помещение через крышу. При задержании был многоречив, говорил о своем долге перед человечеством, о желании стать врачом в местах лишения свободы, что казалось ему «высшим воплощением гуманности». Причиной правонарушения считал «желание найти последнее звено в “системе”, для чего необходимо познать жизнь униженных и оскорбленных». Был освидетельствован судебно-психиатрической экспертной комиссией (СПЭК). В беседе был тогда эмоционально монотонным, неадекватным. Иногда внезапно умолкал, к чему-то прислушивался, что-то невнятно бормотал,

резонерствовал, высказывал бредовые идеи величия, называл себя гением, вождем, философом, своим предназначением считал «спасение мира». В отделении держался замкнуто, часами лежал в постели, не меняя позы. Был установлен диагноз шизофрении, был признан невменяемым. Принудительное лечение проходил в психиатрической больнице специального типа, где его лечили нейролептиками и инсулиновыми шоками. Затем лечился по месту жительства в психиатрической больнице, откуда был выписан под наблюдение ПНД с диагнозом: «Шубообразная шизофрения, ремиссия».

Г. часто менял места работы, приводил в дом малознакомых людей, был манерен, подозрителен, избегал посещений психиатра, отказывался от лечения, уезжал в другие города, где работал по найму без документов и прописки. Был задержан милицией по обвинению в краже художественных ценностей из музея, проходил СПЭК, установлен диагноз «неустойчивого расстройства личности с симулятивным поведением», далее обследовался в Институте им. В. П. Сербского, где в то время были отмечены «холодность, равнодушие к жизни, безучастность, ипохондричность, резонерство». Был установлен диагноз шизофрении, в отношении совершенного деяния был признан невменяемым и направлен на принудительное лечение в больницу общего тапа, откуда в связи с участием в групповом побеге в дальнейшем был переведен в больницу с интенсивным наблюдением. В отделении много читал, называл окружающих «серой массой». Отмечалось нарастание дефицитарной симптоматики, эмоциональной обедненности, вычурности. Была оформлена инвалидность II группы.

В 1990 г. принудительное лечение было отменено, и Г. наблюдался амбулаторно по месту жительства с диагнозом: «Шизофрения. Состояние ремиссии с психопатоподобным дефектом». Периодически стационировался в психиатрическую больницу на общих основаниях, был замечен в склонности к употреблению чифиря, алкогольных напитков, общению с асоциальными элементами. Периодически отмечались неустойчивые идеи отношения, проявлял враждебность к отцу.

Последняя судимость была за убийство, которое обследуемый совершил во время совместной выпивки и ссоры с потерпевшим, нанеся жертве удар ножом в брюшную полость. Судебно-психиатрической комиссией был признан вменяемым в отношении содеянного. На повторной СПЭК в Институте им. В. П. Сербского были выявлены «признаки постпроцессуальных психопатических расстройств личности», было дано заключение о его вменяемости. Во время отбывания наказания постоянно находился под наблюдением психиатра в связи с частыми жалобами на головные боли, боли в различных участках тела, повышенную утомляемость, конфликтами с администрацией и осужденными. Неоднократно лечился в психиатрическом отделении. За период отбывания Г. наказания по поводу

него были направлены запросы в различные психиатрические учреждения и собрана объективная медицинская документация. Во время последнего стационирования Г. был опрятным, содержал вещи в идеальном порядке, ухаживал за комнатными растениями, проводил время за чтением религиозной литературы. Избирательно ухаживал за отдельными больными, проявляя неуживчивость по отношению к другим больным, никого не подпускал к своим вещам. Настроение и сон были неустойчивыми. К малознакомым врачам был недоверчив, по отношению к лечащему врачу — назойлив. Говорил монотонным голосом, в беседе был вязок, часто уклонялся от темы разговора, обнаруживал склонность к монологам, забывая о цели своего визита. Писал многостраничные трактаты резонерского характера. Стиль отличался тяжеловесным книжным языком, со множеством вводных предложений и уточнений и многозначительных выражений. Называл себя сыном и агентом императора Вселенной, борцом с мракобесием, «камикадзе», затеявшим неравную борьбу с окружающим злом. Считал, что подорван снаружи и изнутри «материалистически-органически», чувствует «душевную трещину». Заявлял, что «свои мысли» находит у великих писателей, Лермонтова фамильярно называл Мишелем, Пушкина — Сашей. Считал себя творцом перестройки, убежден в том, что Горбачев украл его идею, став Нобелевским лауреатом, сам же обследуемый при этом остался непризнанным гением, его не понимают окружающие. Говорил, что проанализировав свою жизнь, осознал, что вынужден сознательно «опускать себя на три-четыре ступени», так как не находит отклика. Периодически у Г. кратковременно отмечались неустойчивые идеи отношения и воздействия (влияние «бычьего взгляда» соседнего больного, которого обследуемому удалось «задобрить» подношением сладостей), отказ от приема лекарств, «отравляющих организм», периоды бессонницы, дисфории, малой общительности, преувеличенной заботы о своем соматическом здоровье. Его бредовые идеи величия трансформировались в сверхценные идеи «непризнанного гения», к которым появилась своеобразная критика. Эти идеи стали для него чем-то привычным и существующим параллельно с обычной реальной жизнью, к которой он сумел по-своему приспособиться.

В связи со стойкой ремиссией в течение более 10 лет больной получал в качестве поддерживающего лечения седативные, общеукрепляющие средства, тимолептики, рациональную психотерапию. Выбыл по окончании срока по месту жительства в удовлетворительном состоянии с диагнозом: «Шубообразная шизофрения в состоянии стойкой ремиссии с психопатоподобным дефектом». Согласно МКБ-10 подобное благоприятное течение шизофрении с психопатизацией личности более всего соответствует диагностической рубрике «Резидуальная шизофрения» (F20.5).

В заключение необходимо отметить, что в пенитенциарных учреждениях, где содержится много лиц с психическими расстройствами вследствие

употребления психоактивных веществ (с алкоголизмом и наркоманиями), довольно часты интоксикационные острые психозы в виде делириев, параноидов, галлюцинозов, а также хронических алкогольных галлюцинозов. Интоксикационные психозы зачастую имеют шизофреноподобную симптоматику, протекают с синдромом Кандинского, нигилистическим бредом и т.д. и только по длительности течения отличаются от процессуального психического расстройства. На фоне длительного употребления наркотиков (особенно опиатов) параноидные психозы часто приобретают органические черты: отмечаются расстройства сознания с элементами кататонического ступора, явления эмоциональной огрубленности и интеллектуального снижения. В практике также нередки и случаи психозов, вызванных туберкулезной интоксикацией с делириозными и аментивными расстройствами сознания, параноидным синдромом.

Таким образом, вопросы диагностики шизофрении у осужденных в условиях исправительного учреждения и оценки их способности к дальнейшему отбыванию наказания применительно к ч. 1 ст. 81 УК требуют помимо всестороннего изучения их психического статуса и выявления сохранных компенсаторно-приспособительных механизмов, а также оценки «длинника» заболевания, т.е. общей динамики психического расстройства. Необходимо отметить, что последнее часто является наиболее сложной задачей в практике пенитенциарной психиатрии, так как объективные анамнестические сведения зачастую малодоступны для врачей-психиатров.

- [1] Данный параграф написан совместно с С. Д. Орловой.

Некоторые вопросы пенитенциарной психиатрии

В данном параграфе мне хотелось бы раскрыть различные вопросы, проблемы, возникавшие в течение 15 лет моей работы в учреждениях пенитенциарной системы. Сразу же на торжественном собрании в мединституте при вручении дипломов я понял — жизненный путь не будет усеян розами. В числе пяти выпускников мне диплом не выдали, о чем громогласно в начале торжества объявил декан лечебного факультета, чем ввел меня в замешательство, ведь в аттестате были только отметки «хорошо» и «отлично». Причина отказа была «весомой» — в комнате общежития на стене календарь был прикреплен кнопками, что повергло в ужас молодого преподавателя-коммуниста на поприще работы в парторганизации. Это, в его понимании, нарушало ход построения коммунизма в мединституте, являлось несовместимым с понятием и званием врача (запретил подписывать обходной лист, что и повлекло конфуз с выдачей диплома). Диплом мне все-таки выдали через 2 часа в пустой аудитории со словами укора. Мне еще больше захотелось стать психиатром, чтобы, понять не только клинику психических заболеваний, но и вроде бы психически здоровых людей.

В 1984 г. я переступил порог психиатрического отделения специального типа межобластной больницы управления исправительно-трудовыми учреждениями, коллектив которого встретил меня дружелюбно, был высокопрофессиональным и оставил только самые приятные воспоминания. В тот период, как и сейчас, имело место желание осужденных, подследственных симулировать психические заболевания, но никто не запомнился, так как короткое время наблюдения за ними позволяло выявлять несостоятельность их попыток. Только через 10 лет в одном из СИЗО мне рассказали следующий случай. Подследственный изо дня в день занимался копрофагией (поеданием собственных экскрементов). Был признан судебно-психиатрической экспертной комиссией невменяемым, потом со слов знающих его людей после выхода из психиатрической больницы вел нормальный образ жизни — женился, воспитывал детей, в поведении странностей не наблюдались.

За пять лет моей работы в СИЗО было три подследственных у которых произошел дебют психических заболеваний в условиях заключения и требовалось проведение стационарной СПЭ. В остальных же случаях, при наличии психического расстройства, это были постоянные пациенты областной психиатрической больницы. Во время врачебного приема почти все интересуются, не являются ли их особенности характера, поведения смягчающим обстоятельством при вынесении приговора, осторожно интересуются о возможности симуляции, аггравации своих состояний (которые в большинстве своем можно отнести к пограничным состояниям). Наибольшее желание и стремление к симуляции психических заболеваний, как ни странно, проявляют не жители Крайнего Севера, а уроженцы Закавказья, Средней Азии. Их подход к данному вопросу был представлен на крайне низком уровне подготовки, и поведение определяло, скорее всего, спонтанное решение, что проявлялось симулятивным поведением на примитивном уровне. Поведение данной категории подследственных настойчивыми разъяснительными беседами не корректировалось и требовалось 5—7-дневное наблюдение за их поведением в изоляции от окружающих.

Вспоминается случай в интернатуре — поступила из колонии осужденная, 24 года, до проведения СПЭ в течение трех недель молчала, ни на один вопрос не отвечала. Нас интересовало, что скажет председатель СПЭК— заведующая кафедрой судебной и общей психиатрии мединститута. При проведении экспертизы больная также не проронила ни слова, но диагноз предварительный «шизофрения» был выставлен, и он подтвердился через месяц, когда у больной наблюдалось крайнее возбуждение с элементами дурашливости, вычурности. Поставлен диагноз — «Шизофрения. Гебефреническая форма». В то же время нас удивил случай суицида больной шизофренией, 42 лет. Механическая асфиксия наступила в результате

погружения лицом в подушку, более глубокого подавления инстинкта самосохранения видеть не приходилось.

О членовредительстве осужденных, направляемых из колоний, можно многое написать. Удивляет их упорство издевательства над своим физическим телом ради «отдыха» в хирургическом отделении, пары- другой обезболивающих уколов наркотиков. В 80-е годы (прошлого века) в исправительно-трудовых колониях(ИТК) все работали в три смены с весьма интенсивной нагрузкой, поэтому использовалась любая возможность сделать себе перерыв. Стажировка в течение трех месяцев в ИТК строгого режима в 1985 г. позволила поглубже узнать о пенитенциарной системе СССР. Первое, что мне сказали сотрудники колонии: «Забудь, что ты великий психиатр и все тайны человеческой души тебе известны, тут сидят такие "психиатры", что их опыт, стаж измеряется не одним десятком лет, а ты учился всего 6 лет в институте». Истинность высказываний стала подтверждаться с первых дней.

Моя наставница, врач-психиатр, 34 лет, пользовалась необъяснимым доверием и уважением почти всего 2000-го контингента рецидивистов, и не только из-за того, что женскому началу несвойственны грубость, жестокость, насилие, но и из-за душевных качеств, не очерствевших на такой работе. Она мне сказала:«Никогда не отдаляй и не приближай к себе осужденного. При отдалении его, у вас не будет взаимопонимания и, как результат, возникнут дополнительные ненужные проблемы. Почему близко нельзя приближать? Так, грубо говоря, куда не целуй зека —у него везде заднее место». В течение всей работы я старался придерживаться золотой середины в общении, и он, этот метод, вошел в мой стиль работы. Еще говорили мне сотрудники: «Дал слово — держи», и эта фраза приобретает особое значение в исправительной системе. Осужденные наиболее остро и болезненно реагируют на слова сотрудников, не выполняющих обещания, в результате до сих пор приходится помнить про все сказанное — обещания, предупреждения.

Отношения в коллективе медиков колонии были хорошие. Доверили работать невропатологом, дали стационар для больных туберкулезом, подменял врача-терапевта (при моем появлении в медпункте очередь с семи человек выросла за считаные минуты до 40 человек), врачстоматолог научил удалять зубы, даже доверили ушивание ран на лице. Как психиатру мне дали диспансерную группу пассивных гомосексуалистов, но мои попытки в их переориентации оказались безуспешными. Думал, что раскрою психогигиену сексуальных отношений между мужчиной и женщиной и они поймут ошибочность своих взглядов.

Из 2000 человек только девять получали нейролептики и транквилизаторы, лечение было назначено психиатром колонии (хотя 80% осужденных

страдают психическими расстройствами). Удивило поведение двух особо опасных преступников в зубном кабинете. Сотрудники сказали, что они не побоялись с ножом броситься на толпу людей, а тут они долго препирались, кто первый сядет в кресло. Во время инъекции наблюдавший сполз по стене и очутился в глубоком обмороке. После удаления зуба в обмороке оказался уже другой особо опасный. Поражает жестокое отношение к окружающим и такое трепетное отношение к малейшему акту насилия, даже визуальному, по отношению к себе. Несколько омрачили стажировку действия оперативной части колонии, методы работы которой тянутся со времен Лаврентия Берии.

Через 2 месяца работы при выходе из учреждения я случайно обнаружил в кармане икону в оправе из желтого металла, ее появление уборщик медчасти объяснить не мог. Метод прост — на КПП двое- трое осужденных предъявляют 10—20 рублей и в один голос заявляют о покупке мною у них иконы в золотой оправе за смехотворную сумму. Следующим этапом была попытка передачи письма через одного осужденного на свободу. В ходе выполнения этого трюка насчитал шесть ошибок, допущенных оперативниками, каждая из ошибок могла быть доказательством их «любви» ко мне. Случай помог избавиться от их ненавязчивого внимания. При входе в ИТК на КПП они спросили: «Деньги при себе имеются?» Ответил: «Конечно, имеются» и предъявил кошелек с 8 рублями. Лица их просветлели, и тут же был составлен протокол о грубом нарушении режима врачом-интерном (больше 5 рублей было нельзя проносить, я об этом не знал). Позже узнал, что своим поведением вызвал переполох в их стане. Психология по отношению к сотрудникам такова — в исправительное учреждение приходят только ради решения своих материальных проблем, и желательно в самое короткое время. По истечении второго месяца моей работы к ним не поступила компрометирующая информация из «источников» о моей связи с осужденными, и я в их глазах превратился в самого хитрого и коварного. Мои слова: «Я пришел к вам в учреждение учиться, набираться опыта и в конце концов просто работать» ими не воспринимались. Нельзя быть чистеньким, надо иметь хоть немного грязи, чтобы служба медом не казалась. По этому случаю о взаимоотношениях среди сотрудников вспоминается яркий пример конца 1980-х годов.

Перестройка в стране самым коренным образом коснулась перестройки мышления и отношения человека к человеку. Начальник лечебно-трудового профилактория[1] *(ЛТП) громогласно объявил свою доктрину: алкоголик — это человек, человечище, глыбище, а офицеры и иже с ними — сволочи, отбросы общества. Все это создавало невероятные трудности службы, так как его политика и тактика была хорошо известна больным алкоголизмом.*

В 1985 г. благодаря развернутой по всей стране борьбе с пьянством я получил работу в лечебно-трудовом профилактории М-ской области, расположенном в 40 км от города. В медчасти меня встретили хорошо, коллектив был доброжелательный во всех отношениях. К тому времени работа врача-нарколога заключалась в назначении сенсибилизирующих противоалкогольных препаратов по схеме-инструкции, предложенной одним из передовых ЛТП страны города С., что исключало всякую мысль по поводу обдумывания тактики ведения и лечения больных, также применялась условно-рефлекторная терапия. Об эффективности лечения алкоголизма такими методами, в таких условиях С*закрытое учреждение, направленное на принудительное выздоровление*) *говорить не приходится.*

По истечении двух *лет работы все приобретенное в институте, интернатуре постепенно уходило, и стал ощущать себя эдаким китайским болванчиком, что и высказал при очередной аттестации руководству управления исполнения наказания области. Непреодолимое желание покинуть систему МВД возникло не сразу, продолжало иметь место втаптывание сотрудников работниками оперчасти почти теми же методами, с которыми сталкивался ранее. Это привело меня к мысли — дело Берии в МВД, в частности среди работников оперчасти, живет и побеждает. В то время по собственному желанию не увольняли, и я даже был направлен на учебу на кафедру психотерапии в Москву. По наивности предполагал — через два месяца учебы сделают гипнотизером широкого профиля, но все оказалось несколько по-другому. Возникший во время учебы эмоционально-эстетический голод пришлось компенсировать посещением театров (25 спектаклей, 10 концертов, пять спортивных соревнований).*

Овладение методом гипнотерапии началось непосредственно после учебы. Это было время увлечения всей страны гипнозом, экстрасенсорикой. Вся страна лечилась, сидя перед экранами телевизоров, интенсивно прикладывала «заряженные» газеты к больным местам (иногда и поедая газету). Тем не менее стал проводить сеансы гипнотерапии в ЛТП. После сеансов больные отмечали уменьшение состояния тревоги, страха, улучшался сон. Среди них несколько ниже был процент нарушения лечебного режима. Ремиссия до 2*—3 лет после выхода из ЛТП наблюдалась всего у 3—4%, так как принудительное лечение и сейчас представляет неразрешимую проблему. Положительные результаты давала гипнотерапия только для людей, находящихся не в местах заключения или принудительного лечения, — пограничные психические нарушения, различного рода цефалгии, псориаз, дерматиты, послеоперационная реабилитация, язвенная болезнь желудка и т.д. Этим самым я как бы получил компенсацию за семь лет учебы в институте. Тут же врач — бывший сотрудник НИИ стал передавать опыт по мануальной терапии, что позволяло видеть результаты своего труда.*

Этот период жизни заставил меня задуматься о человеке пошире и поглубже, как о части Вселенной, а не только как о ходящем и мыслящем физическом теле с набором физиологических функций. Была непонятна одна ранее прочитанная фраза: «Самой большой энергией обладает мысль». Запомнил это высказывание с большой долей иронии. Но однажды произошел случай во время сеанса гипнотерапии — у больного псориазом после 4 месяцев лечения в стационаре ремиссии не наблюдалось. Под гипнозом я говорил ему установку на выздоровление. Даже помахивал при этом руками для лучшего эффекта(впоследствии руками старался не махать). На следующий день он пришел, сияя от восторга — жена ходила с веником за ним следом, подметая отшелушившуюся кожу, но пациент сказал — на волосистой части головы ни одна крупинка кожи не отошла, вроде голова и не участвовала в лечебном сеансе. Тут я вспомнил — под волосами не видел пораженной кожи и не думал о ней во время сеанса. Второй сеанс, как и первый, длился всего 10 минут, мысль держал и на волосистой части головы, и к вечеру, как говорится, процесс пошел.

В тот период пошла работа над собой, боролся с такими характерными человеческими качествами, как раздражительность, гнев, осуждение, вспыльчивость. Еще этот случай был примечателен одним важным выводом, сделанным для себя. Больной, страдающий псориазом, оказался старшим егерем, и он через знакомых (впоследствии ставших бизнесменами) передал за лечение шкуру медведя стоимостью в 2000 рублей, об этом подарке узнал через год. Но начинающие бизнесмены уже делали бизнес, и поэтому забрали шкуру себе. В то время моя зарплата составляла 340 рублей, и я было опечалился, но потом посчитал — за 20 минут работы хотел получить денежное начисление, равное 900 часам службы, что представляло несправедливость по отношению к вложенному мной труду, и по нашей жизни лучше отдать, чем взять — такой вывод дался не сразу. Кстати, за все время лечения методом гипнотерапии не взял ни копейки, сделал еще один вывод: не рассчитывай на обязательную оплату своего труда, а работай на конечный результат, тогда эффективность лечения будет несоизмеримо выше.

Хотелось поподробнее остановиться на службе в следственном изоляторе, куда пять лет назад пришел работать в должности врача-пси- хиатра. В первое время работы испытывал нечто вроде затянувшегося психоэмоционального шока— двухэтажное серое здание с узкими коридорами, медленно погружающееся в болото (погружение уже достигло 80 см), со специфическим тяжелым стойким запахом, вызвало впоследствии субдепрессивное состояние продолжительностью пять месяцев, пока не завершилась адаптация к мрачному зданию и не менее мрачному спецконтингенту. Помогли адаптироваться сотрудники, ранее работавшие в ЛТП, и молодой коллектив изолятора, не погрузившийся в атмосферу тюрьмы и несущий задор, молодость, оптимизм. Зарешеченная врачебная

комната в 8 квадратных метров на троих врачей повергала в уныние, но впоследствии выяснил, что это даже неплохо по меркам изолятора. Но основное негативное влияние шло, конечно, от спецконтингента, который сравнивать с больными алкоголизмом не стоит.

Помогло адаптации в СИЗО следующее по пунктам: 1) *добропорядочные отношения среди сотрудников разных служб, в том числе оперативной части; 2) от молодых сотрудников охраны, которых в учреждении большинство, не исходила жестокость, насилие по отношению к преступникам, что говорило об их неиспорченности пенитенциарной системой; 3*) *искреннее желание сотрудников помочь тебе; 4) может быть, этакий «низкий» рейтинг подследственных, несущих в себе преступное начало в замороженном виде, периферийного городка Крайнего Севера;* 5) «*остывание» чувств, эмоций в Заполярье ведет незаконопослушных граждан в основном к воровству. Особо опасных рецидивистов гораздо меньше, чем находящихся в областном СИЗО. Нельзя обойти вниманием влияние северной широты на человеческий организм — один год на севере проходит как один день (сутки), полярный день сменяется полярной ночью, 30% нехватки кислорода в атмосфере и т.д., способствуют появлению у человека астенодепрессивных состояний, ипохондрических, невротических расстройств, наблюдающихся здесь довольно часто. По собственным ощущениям хочу сказать, что хуже чувствовал себя, только находясь в зонах, пораженных после взрыва на Чернобыльской АЭС.*

С введением должности психиатра резко возросло число желающих обратиться по проблемам своего психического здоровья. В 80% случаев обращений преобладают жалобы на отсутствие сна, повышенную раздражительность, возбудимость, дезадаптацию в новых для них условиях. Ввиду отсутствия в должной мере медикаментов приходится проводить подробные разъяснительные беседы с обязательным присутствием в них интонаций неподдельного внимания и соучастия к их проблемам, вопросам.

Самый трудный контингент — несовершеннолетние, образно говоря, представляющие из себя крайне подвижный ртутный шарик, находящийся в адиадохокинетическом движении готовый в любую секунду рассыпаться на мелкие частицы, чтобы потом собрать себя совсем в другом, по сравнению с имевшимся ранее, месте. Удержать вни- [2]

мание при беседе более одной минуты представляет для них трудновыполнимую задачу. Они не всегда понимают смысл задаваемых вопросов, чувство дружбы, взаимопомощи им непонятны и, кажется, утеряны безвозвратно. Живут по принципу — каждый сам за себя, или по так называемому принципу курятника:«Клюй ближнего, вали на нижнего и ползи вверх». После очередного общения с ними на фоне их эмоциональной неуравновешенности думаешь: «Ладно мы, тут режимное учреждение, а

как же бедные учителя в школе, родители?» Однажды не выдержал и с гневом и возмущением спрашиваю одного такого деятеля: «Объясни мне, почему тебя 5(/) *раз оставляли в одном и том же классе нормальной школы?», на что получил ответ: «Сам не знаю». При этом разговоре выражение лица подростка было глуповато-равнодушное.*

Учитывая сложность восприятия подследственными какой-либо информации, акцент ставлю только на одной фразе: «За все надо платить, плата будет несоизмеримо больше. К примеру — украл ремень, а возвращать придется в обязательном порядке и ремень, и брюки». Это выражается не только в материальном, денежном исчислении, но и в духовном — приходится за поступки расплачиваться и своей душой. А насколько мы растеряем частицы своей души, насколько она останется наполненной, зависит только от нас, от наших мыслей, образа жизни, отношения к окружающему миру. Если попадаются подследственные, способные мыслить, стараюсь донести им следующий пункт: три испытания стоят перед человеком в течение жизни — деньги, власть, слава. Вам не удалось пройти самое первое, оно же и самое трудное испытание — материальным благополучием, деньгами и желанием получить это сверх положенного. Деньги оказались выше нравственности, морали, человечности. Второе испытание — власть — очень актуально в пенитенциарных учреждениях. В камере всегда находится крайний или крайние. В разговорах, жестах ясно просматривается тенденция подавления, унижения одной личности другой. Широко известен пример, когда со всех исправительных учреждений собрали «опущенных», «обиженных» и создали из них отдельную колонию, где в самое короткое время произошло распределение «ролей». Насилие и жестокость оказались там на порядок выше, чем в рядовых колониях, обычной ориентации. Через один год данное заведение расформировали, признав эксперимент крайне неудачным.

Очень сложно работникам пенитенциарной системы справиться с властью, данной им государством по отношению к преступным элементам. Необходимо тонко чувствовать грань, до которой данная власть является мощным рычагом воздействия на осужденных, переступая которую человек начинает упиваться данной ему властью, что приводит его к озлоблению, ожесточению. Почти у всех сотрудников, прослуживших длительное время, имеют место невротизация, эмоциональная лабильность, в какой-то степени астенодепрессивные состояния. Как ни странно, но почти все сотрудники, которые перешли из СИЗО в другие силовые структуры, сразу же отмечали улучшение не только психического состояния, но и соматического — проходят боли в области сердца, желудка, извините за пикантность — нормализуется стул, но на первое место все-таки выходит обретение состояния душевного равновесия. В СИЗО вроде никто с отбойным молотком не работает и траншеи вручную не копает, но

сотрудники отмечают: «Приходишь домой опустошенный, весь выжатый, нет радости жизни, груз изолятора давит весь вечер, часто не отпускает и ночью, после сна встаешь разбитый».

Не только по роду профессиональной деятельности психиатра, но и чисто по-человечески стараюсь сохранить свое «лицо», правда, по высказываниям супруги, не всегда удается. Через две-три недели отпуска она отмечает: «Вот теперь, ты окончательно освободился от своей тюрьмы». Известны два способа снятия такого груза. Первый — употребление спиртных напитков (увы, преобладающий в этой системе), второй — активное занятие физической подготовкой, куда можно отнести и работу над духовным самосовершенствованием личности различными способами и методами.

Повезло мне в жизни в том, что оказался недоразвит ген, отвечающий за выработку фермента алкоголъдегидрогеназы, и с детства сформировалось негативное отношение к спиртному, а заодно — и к никотину. Стал замечать за собой еще в студенческие годы — наступало состояние опьянения при нахождении с пьющими людьми в одном помещении и наутро даже просыпался с тяжелой головой, учитывая употребление накануне только безалкогольных напитков. Был случай во время учебы — собираю анамнез у больного язвенной болезнью желудка и вдруг почувствовал резкую боль в эпигастральной области в виде четкого ощущения «дырочки» в желудке. Пришлось скороговоркой описывать пациенту характер боли и быстро выбегать из палаты, так как боль была нестерпимой. Перед уходом больной был удивлен точностью описания его болевых ощущений. В коридоре после интенсивного дыхания боль через 5 минут прошла. Может показаться странным, но прием больных веду, фиксируя первым делом взгляд на их глазах. Прошу при этом пока не называть жалобы хотя бы в течение 5—10 секунд, после чего формируется оценка состояния тяжести заболевания, конечно, затем выслушиваю жалобы больного. Заметил, что при общении с больными шизофренией, органическими заболеваниями центральной нервной системы возникают крайне неприятные ощущения в виде тревоги, страха, внутреннего дискомфорта. Эти явления проходят сразу после ухода больных из кабинета, но неприятные ощущения какое-то время остаются в глубине сознания (вероятно, из-за таких психических микротравм, выливающихся в более обширное воздействие на личность врача, государство доплачивает разорительную для него 25%-ную надбавку к зарплате).

Мне кажется, все врачи так же диагностируют вначале подсознательно (если своим дальнейшим ходом мышления не уничтожают этот первый импульс, который должен быть наиболее близок к истинному положению вещей). Если к этому импульсу прислушиваются, то диагностика и, соответственно, лечение находятся на должном уровне. Такой контакт с пациентом называю «подключением», использую его не часто, при сложных

случаях заболеваний, иногда это происходит спонтанно. Однажды при обходе камер подследственные сообщили о плохом самочувствии отсутствующего товарища, который ни разу не обращался в медчасть. После обхода 40 человек их жалоба не выходила из меня, вызывая неприятные ощущения во всем теле, сопровождающиеся тошнотой. На следующий день при обследовании данного подследственного в горболъницеу него был выявлен рак кишечника, и он был сразу прооперирован.

Одно из самых тяжелых ощущений испытал непроизвольно при общении с матерью содержавшегося у нас наркомана, 18 лет. Во время паузы в разговоре возникла так называемая витальная тоска, которая редко посещает нас в жизни. Длилось такое состояние несколько секунд, и вдруг в течение секунды пронеслись с огромной скоростью мысли стоящей передо мной матери — ее беременность, роды, отсечение пуповины, кормление грудью, бессонные ночи, пеленки, первые шаги ребенка, школа... и т.д. и вот оно, это создание, выросло под два метра и результат... Такое состояние матери, как мне кажется, такой глубины чувств и разочарования в жизни и близко не испытывают подследственные, совершившие самые тяжкие преступления, а если у них и возникает что-то похожее, то из-за чувства жалости к себе, а не к содеянному преступлению. Мать чувствует потерю смысла жизни, разрушение своей личности, ведь ребенок является ее неотрывной частью, половинкой себя, а наполовину жизнь — это не жизнь.

При общении с преступниками, совершившими убийства, отметил — к 9 из 10 в сновидениях приходят их жертвы, что проявляется бессонницей, состоянием тревоги, страха, депрессии, вегетативными расстройствами. Часто, особенно к подросткам, приходят умершие родители — жалеют, просят больше не попадать в места заключения, подсказывают, что делать в тех или иных случаях (.обычно советы несут оптимальное решение).

Единственный был случай — к подростку «пришла» в сновидении бабушка родная и стала каждую ночь звать к себе — требовала от внука ухода из жизни (с его слов бабушка активно занималась в земной жизни черной магией — гадания, заклятия, заговоры, привороты). Психическое состояние юноши ухудшалось с каждым днем, несмотря на активное проведение лечения, предпринимал неоднократно суицидальные попытки через повешение, нанесение резанных ран на теле, в течение 10 суток фактически отсутствовал сон, эффекта от лечения не наблюдалось, несмотря на доведение дозы аминазина в/м до 8 мл, фенозепама до 1,5 мг. По истечении 10 суток больной заснул, и впоследствии подобного не наблюдалось, каких-либо нарушений психики выявлено не было. Воздействие невинно убиенных на своих мучителей не шло ни в какое сравнение с этой бабушкой. Почти вся категория убийц освобождалась от такого влияния самостоятельно, без применения лекарственных средств, ввиду отсутствия в должном

количестве медикаментов данной группы, снабжение ими и сейчас оставляет желать лучшего.

Вообще чисто мое субъективное мнение по наблюдению за соматическими больными мест заключения — в 70—80% хронические заболевания без лечения переходят в нестойкую, но все-таки ремиссию. По моим наблюдениям в интернатуре за послеоперационными больными можно уверенно сказать об уменьшении восстановительного периода в 1,5—2 раза. Запомнился осужденный, крайне тяжелый после операции, который с невероятным усилием поговорил: «Я должен выползти из этого, мне еще надо многое сделать в жизни». Он, несмотря на довольно пессимистические прогнозы медиков, выжил. Такое сильное желание, такой внутренний настрой в комфортных условиях хирургических клиник здравоохранения видеть доводилось крайне редко, в местах заключения это носит рядовой характер.

Благодаря работе в межобластной больнице, обслуживающей 23 колонии, почувствовал разницу общения с осужденными мужчинами и женщинами, а в больницу по тем временам попадали две категории — имеющие «вес» в преступном мире и отчаянные психопаты-членовредители. Справедливости ради отмечу, находились среди них и действительно больные. С 10 больными мужского пола было проще общаться, чем с одной больной женщиной, тем более больной не «головой». Сейчас в печати появились статьи, где пишут: «Мужчина и женщина— это две разные вселенные». Этим понятием я проникся 14 лет назад.

Поражали настойчивость и упорство в издевательстве над своим физическим телом небольшой стойкой группы членовредителей: женщина, 35 лет, трижды проглатывала инородные тела — «якоря», после третьей резекции желудка хирургам пришлось сшивать пищевод с кишечником. Рецидивист, 32 лет, трижды (!) ломал себе одновременно верхние и нижние конечности. Возник вопрос: «Кто помогал ломать оставшуюся последней целой правую руку?» Оказалось, настойчивость и усердие в данном начинании не знает границ — сам вставил оставшуюся целехонькой руку между металлическими прутьями спинки кровати и резким движением руки обеспечил перелом локтевой и лучевой костей. Проводимые беседы, психокоррекция данной категории фактически положительного эффекта не имели, а иногда приводили к обратной реакции. Осужденный, 43 лет, нанес себе глубокие, резаные раны предплечья. На вопрос, зачем это сделал, последовала, с его точки зрения, адекватная реакция — зубами вцепился в бинтовую повязку, наложенную на рану, и стал вырывать бинты с внутренним содержанием предплечья.

Наблюдал случай, который не знаю к чему и отнести — то ли к затянувшемуся шоковому состоянию, то ли к особенностям и

возможностям человеческого организма. Осужденный, 23 лет, был доставлен через 3 часа после обширной полостной раны. Он придерживал руками кишечник, оказавшийся почти весь снаружи, с некоторым волнением в голосе говоря о данном факте биографии как о рядовом проходящем случае, на котором не стоит сильно заострять внимание.

Отдельно остановлюсь на проблеме наркомании. Если в 1995— 2997 *гг. среди молодежи была распространена токсикомания, то в последние 2 года картина стала меняться в пользу сильнодействующих наркотиков после активного внедрения в 1998 г. в Северном регионе героина, поток которого не иссякает и даже возрастает. Динамику роста наркомании наглядно демонстрирует статистика следственного изолятора. В учреждении на учете как употребляющие наркотики состояли: в 1995 г. — 3 человека, в 1996-м — 7 человек, в 1997-м — 23, в 1998-м — 51, в 1999-м — 123. При таком положении дел вопрос наркомании через несколько лет станет серьезной проблемой в учреждениях пенитенциарной системы и будет доставлять головную боль не только медицинским работникам, но и сотрудникам других служб. Тем не менее полный разрыв с наркотиками происходит только в следственном изоляторе. Никто из опрошенных не сообщил, что прекратил употреблять наркотики после лечения в диспансере или областной психиатрической больнице. Преодолению наркотической ломки способствуют стены режимного учреждения — оно оказывает мощное психологическое воздействие. В СИЗО у сокамерников свои проблемы, их не интересует, у кого что болит. Отсутствуют ближайшие родственники, близкие люди, которые принимают самое активное участие в судьбе и которым можно поплакаться, в конце концов унести от них что-то ценное и продать за наркотики.*

Способствуют уходу от наркотиков и отсутствие «друзей» по игле, жесткие рамки режима и даже скромное питание изолятора, которое для многих было бы недоступно (сейчас пишут, что диета с минимальным содержанием жиров животного происхождения, мяса в пищевом рационе является диетической и способствует более быстрому выведению из наркотической абстиненции и снижению влечения к наркотическим препаратам). *При общении с наркоманами пытаюсь донести до каждого — окружающие вас люди находятся в заключении, вы же оказались на свободе, вам дается редкий шанс, время, чтобы освободиться от наркотиков, сделать передышку в непрерывной гонке за получением мнимого освобождения своей личности от самого себя, осмотреться и, может быть, коренным образом изменить свои взгляды, свой образ мышления, свою жизнь. Это пытаюсь донести при встречах и с родственниками наркоманов, надеясь немного их поддержать, помочь посмотреть на обрушившееся несчастье с другой стороны.*

В работе с наркоманами пробовал внедрять метод В. Д. Кандыбы — так называемый медитативный управляемый аутотренинг, который относится к одному из трансовых методов. После сеанса пациенты отмечали улучшение психического состояния — тревоги, страхи, волнения ощутимо уменьшались, абстинентные проявления купировались через короткий промежуток времени, происходила нормализация сна.

Этот метод хорош тем, что носит обучающий характер — пациенты впоследствии самостоятельно могут вызывать это состояние по мере необходимости. Представляется все в таком радужном свете — собрал всех наркоманов, научил их по-быстрому, и проблема наркомании не только в учреждении, а (замахнуться повыше) и во всей стране решена без каких-либо существенных материальных затрат, так как финансирование чего-либо на данном этапе развития страны оставляет желать лучшего. Но как писал поэт:«Надежды юношей питают». Все гораздо более прозаично и печально...

Следственный изолятор не является идеальным местом для плановой долгосрочной работы и реабилитации страдающих наркоманией. В СИЗО идут они под конвоем не лечиться, их мысли направлены на возникшую проблему, в связи совершением противоправного деяния. Воздействовать на человеческую сущность, еще оставшуюся у наркомана, ох, как тяжело! Для наглядности привожу собственную статистику работы в СИЗО — из 100 поступивших наркоманов только 7 человек выразили желание поработать над собой по данному методу и после очень краткого времени, а 4 человека на подготовительном этапе, разбежались в разные стороны, объясняя свое нежелание тем, что они самостоятельно, когда захотят, тогда и прекратят употребление — анозогнозия налицо. Только один (!) человек изъявил желание и дальше работать над собой после ознакомления с данным методом. Правда, этот один человек оказался девушкой, 23 лет, мастером спорта международного класса, у которой с детства воспитанный спортивный характер, возможно, сыграл немаловажную роль в принятии решения.

Страдающие наркоманией, испытавшие данное трансовое состояние, описывали необычность ощущений: «Похоже на наркотик — куда-то уплываешь наверх, так хорошо», отмечали улучшение настроения, снижение возбуждения, раздражения. Тем не менее желающих работать над собой дальше фактически не осталось. Положительный момент этого начинания был в том, что информация о необычности состояния, достигнутого без употребления наркотиков, передавалась при общении среди подростков, что для большинства являлось полной неожиданностью. При общении пытаюсь донести мысль: «Человек — это не деревянная чурка с хлопающими глазами и протекающей по ней венозной кровью, куда вливаются наркотики, а человек — это все-таки нечто большее».

Имело место случайное «подключение» к наркоману, рассказывающему об одном из самых приятных моментов в употреблении наркотиков. Дальше я сам продолжил его рассказ с подробным описанием ощущений, что привело его в изумление, так как там присутствовали моменты, улавливаемые только при непосредственном приеме героина. При этом я сказал ему о том, что наркотики, естественно, никогда не употреблял, хотя испытанное состояние в точности соответствовало именно его состоянию, именно в тот момент. Этому наркоману в присутствии сокамерников я сообщил о том, что человек может менять сознание другим путем: «Сейчас же могу сказать о вашем "полете" — вы думаете, что поднялись высоко и ваше сознание получило "освобождение", но могу определенно вас огорчить —у меня возник во рту привкус отходов жизнедеятельности человеческого организма, ияв нем ползаю, подгребая под себя все больше и больше». Впоследствии старался избавить себя от таких непроизвольных «подключений».

С потерей здоровья физического тела можно жить, но с потерей тела духа, тела души о какой-либо жизни говорить бессмысленно, с их потерей речь идет только о растительном, вегетативном существовании. Что меня удивляет, при встрече с находившимися на излечении в ЛТП больными алкоголизмом с 20—30-летним стажем пития, они имеют гораздо больший, образно говоря, «запас энергии». У наркоманов же со стажем от б месяцев и выше эта самая «энергия» почти полностью отсутствует, и они мне представляются как бы оболочкой с неким вакуумом, холодом, идущим изнутри. Этот контингент в общении самый тяжелый в пенитенциарной системе, у многих сотрудников после общения с ними наблюдается упадок сил, снижение настроения, появляется эмоциональная лабильность. Происходит, на мой взгляд, психологическое загрязнение, которое постепенно накапливается в процессе работы в пенитенциарных учреждениях.

Реальную помощь и поддержку в изменении личности наркоманов оказывала та единственная оставшаяся пациентка, которая длительное время находилась в СИЗО — 2 года. Она искала саму себя на новом пути и активно вовлекала в этот поиск других наркоманок, находящихся с ней. Одна из таких ее сокамерниц, 18 лет, со стажем употребления наркотиков 4 года, при первых встречах повторяла одну и ту же фразу: «Наркотики — это кайф, только с ними можно познать жизнь и себя, без них жизнь — ничто». Попробовал с небольшими элементами суггестии приоткрыть ей мир без наркотического дурмана, основываясь на имеющемся багаже знаний, почерпнутых при общении с людьми, чтении религиозной, эзотерической, теософской литературы, участии в семинарах по нетрадиционной медицине. После общения она почувствовала себя плохо — появились тошнота, головокружение, в некоторой степени спутанность сознания. Сложилось ощущение, что ее сознание, подсознание не воспринимают

нравственные темы миропонимания. В работе с ней по переориентации личности помогала моя на тот период единомышленница, и определенные положительные сдвиги имели место. Информацией о дальнейшей их судьбе не располагаю, так как после выхода из учреждений данного типа человек старается все забыть и время, проведенное в местах заключения, вычеркнуть из памяти.

При отсутствии доступа к наркотикам в СИЗО подследственные пытаются разными способами получить седативные препараты, транквилизаторы, пенталгин, кодеиносодержащие препараты, проявляя при этом завидное упорство и настойчивость в их получении, вплоть до написания жалоб в вышестоящие инстанции, не имея при этом оснований на получение медикаментов данных групп. Работа с такими лицами требует много времени, затрат душевных сил.

Нельзя рассматривать проблему наркомании в отрыве от положения различных социальных слоев в обществе. Опрос молодежи (не наркоманов) Северного региона выявил следующее — за 4 года в 3 раза возросло желание у респондентов уйти из жизни и в 4—5 раз возросло число попыток самоубийства. Как говорил один француз: «Источником мудрости является опыт, источником опыта является глупость». Вызывает сожаление, что судебно-следственные глупости очень многих не приводят к мудрости, и остается надеяться, что с большинством сограждан (надежды на духовное возрождение человечества связываю с Россией) смогу приблизиться к мудрости несмотря на то, что в течение 15 лет службы квалификацию по психиатрии не повышал, работаю на полученном багаже знаний интернатуры, варюсь в «собственном соку». Может, в чем-то не прав в подходе, тактике лечения, постановке диагноза — мое сознание, мышление «не осквернялось» (шутка) научно-практическими конференциями, разбором психических больных на специализированных врачебных комиссиях. Остается сожалеть о непроявлении собственной инициативы в этом направлении, сваливая все на влияние северной широты, магнитные бури, даже на северное сияние, в комплексе приводящее к «отмороженности» чувств, утрате какой-либо инициативы. Если к этому прибавить постоянно меняющееся состояние помещения в неволю (при входе в учреждение) и обретения свободы (при уходе со службы), то остается удивляться, что не иссякло сильное желание обнять весь мир. А. Ельчанинов говорил: «Кто дает волю доброму движению своего сердца, тот обогащается прежде всего сам — в его душу входит светлая целительная сила, радость, мир, врачующие все болезни и язвы нашей души. Жестокосердный наоборот — он сжимает свое сердце, он впускает в него холод, вражду, смерть...»

Завершить параграф хочется высказыванием А. Клизовского, которое мне созвучно и является руководством по жизни: «Мысль — одна из самых

могущественных энергий в космосе, ее могущество состоит в том, что она приводит в действие и движение стихийные силы природы, которые сами по себе неподвижны, инертны и требуют для приведения их в действие толчка, который дается им мыслью человека и всякого мыслящего существа. Люди думают, что их мысль мала и никуда достичь не может. Между тем потенциал мысли велик, и для мысли не существует ни пространства, ни времени. Каждая мысль может или затемнить, или очистить пространство». Подтверждают это Н. и Е. Рерихи в «живой этике»: «Мысль есть основа творчества. Она может быть видима и измерима... Мысль есть новорожденное существо духовного плана».

- [1] Во времена СССР — специализированные учреждения для принудительного(по решению суда) лечения больных алкоголизмом.
- [2] Адиадохокинез (adiadochokinesis; a- + греч. diadochos — следующий, сменяющий ++ kinlsis — движение) — невозможность быстро выполнять чередующиеся противоположные по направлению движения; симптом поражения мозжечка.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Обозначьте предмет и задачи пенитенциарной психиатрии.
- 2. Каким образом организуется психиатрическая помощь осужденным?
- 3. Каковы условия освобождения от дальнейшего отбывания наказания осужденных, заболевших тяжелым психическим расстройством?
- 4. Расскажите об особенностях психических расстройств у осужденных и специфике работы психиатра в пенитенциарной системе.

Литература

Агаларзаде А. З. Структура психических расстройств у осужденных к лишению свободы (аналитическая справка). М.: ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2000.

Защита прав человека в местах лишения свободы : сб. нормат. актов и доктов. М. : Юриспруденция, 2003.

Обросов И. Ф. Влияние криминальной деформации на клиническое оформление расстройств личности в местах лишения свободы // Российский психиатрический журнал. 2003. № 1. С. 49—52.

Обросов И. Ф., Бусовиков А. А. Организация психиатрической и медико-психологической помощи осужденным : пособие для врачей. Пермь, 2004.

Основы судебной психиатрии: учебник Фолка: пер. с англ. Киев : Сфера, 2008.

Пенитенциарная психология и психопатология : рук-во в 2 т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. М. : Томск ; Кемерово, 2007.

Руководство по судебной психиатрии : практ. пособие / под ред. А. А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и доп., 2017

ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ, КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен:

знать

• основные симптомы нарушений психической деятельности;

уметь

- • определять основные симптомы и синдромы нарушений психической деятельности;
- • выделять принципы систематики симптомов и синдромов нарушений психической деятельности;
- • устанавливать взаимосвязи симптомов и синдромов нарушений психической деятельности;

владеть

• навыками определения наиболее характерных проявлений симптомов и синдромов нарушений психической деятельности.

Симптоматология психических расстройств

Подобно другим медицинским дисциплинам психиатрию можно разделить на две равноправные части — общую и специальную (частную). Предмет общей психиатрии составляет психопатология — семиотика (симптоматология) психических болезней, изучение отдельных признаков (симптомов) психических расстройств и их устойчивых сочетаний, имеющих внутренние связи (синдромов). Симптомы могут приобретать диагностическое значение лишь тогда, когда они рассматриваются в рамках синдрома. А синдром, в свою очередь, имеет диагностическую ценность, когда он изучается в динамике и соотносится с другими диагностическими признаками, такими как особенности личностных изменений, возникающих в течении психической болезни.

Психические заболевания проявляются в нарушениях процессов восприятия, мышления, эмоций, памяти, воли, влечений и т.д. Коротко охарактеризуем основные симптомы нарушений психической деятельности в их наиболее характерных проявлениях.

Симптомы нарушения процессов восприятия. *Иллюзии* — ошибочное восприятие реально существующих предметов или явлений. Чаще всего они возникают на фоне аффективного напряжения или измененного сознания.

Зрительные иллюзии возникают обычно в полумраке или при плохом освещении на фоне измененного аффекта (страха, тревоги) и обычно отражают тревожные опасения субъекта (висящая одежда или куст воспринимаются как человеческая фигура, наклонившаяся ветка — как протянутая рука). Зрительные иллюзии образного, иногда фантастического содержания, с признаками качественного изменения восприятия называются парейдолиями. Окружающие предметы воспринимаются как фантастические существа, стоящий на окне цветок — как огромное экзотическое растение; окружающие предметы — как фантастические существа; узоры обоев воспринимаются как сцены неких событий.

Слуховые (*вербальные*) *иллюзии* могут носить элементарный характер — шум дождя воспринимается как шепот, отдельные звуки — как выстрелы. В других случаях в посторонних шумах или звуках субъект слышит отдельные слова. Если в слышимом воспринимаются целые фразы, речь идет об иллюзорном галлюцинозе. Вербальные иллюзии и иллюзорный галлюциноз обычно имеют комментирующее, осуждающее или угрожающее содержание и сочетаются с аффектом тревоги, страха, ощущением угрозы.

Галлюцинации представляют собой одну из форм расстройства чувственного познания. При них восприятия возникают без реального объекта и по чувственной насыщенности неотличимы от реально существующих объектов, т.е. имеют характер объективной реальности. Галлюцинации многообразны, их принято делить в первую очередь по анализатору, в котором они возникают. Выделяют следующие галлюцинации: 1) зрительные; 2) слуховые; 3) обонятельные; 4) вкусовые;

5) тактильные, или осязательные; 6) галлюцинации общего чувства. Кроме того, галлюцинации могут различаться на основе особенностей их проекции, условий, при которых они развиваются, и т.д.

Зрительные галлюцинации могут быть элементарными, лишенными формы — фотопсии (искры, всполохи пламени, пятна, вспышки, дым). Бывают также сложными, четкими во всех деталях — объекты окружающего мира, люди, животные, насекомые, предметы обстановки, сложные сцены различного содержания (иные миры, стихийные бедствия и т.д.). Зрительные галлюцинации могут быть бесцветными, натурального или неестественного

цвета, обычного, уменьшенного или увеличенного размера. Видения могут быть неподвижными (статические галлюцинации) или двигаться, иногда очень быстро. Они могут возникать на постоянном расстоянии от больного, удаляться или приближаться к нему. Содержание зрительных галлюцинаций может быть однообразным или меняться. Сложные зрительные галлюцинации с меняющимся содержанием называют сценоподобными, или кинематографическими. Зрительные галлюцинации почти всегда возникают на фоне в той или иной степени помраченного сознания. Им чаще сопутствуют аффекты тревоги, страха, ярости. Значительно реже они вызывают любопытство или восхищение. Нередко интенсивность зрительных галлюцинаций усиливается к вечеру и ночи, или они возникают только в это время суток.

Слуховые галлюцинации. Элементарные звуковые обманы называются акоазмами (шум, отдельные звуки, звон, шипение, выстрелы). Когда слышатся отдельные слова и фразы, говорят о вербальных (словесных) галлюцинациях. Больные нередко называют их «голосами». Последние могут принадлежать знакомым или незнакомым лицам, быть женскими, мужскими, детскими, тихими, громкими, находящимися на одном месте, приближающимися или удаляющимися. Может слышаться один голос (моновокальные галлюцинации), два голоса, много голосов (поливокальные галлюцинации). Голоса могут разговаривать друг с другом и обращаться непосредственно к больному. Содержание словесных галлюцинаций различается: оскорбления, угрозы, насмешки; приказания (императивные галлюцинации); комментарии поступков больных (комментирующие галлюцинации). Слуховые галлюцинации обычно возникают на фоне ясного сознания и вызывают у больного реакции страха, испуга, изумления и влияют на его поведение. Пациенты могут начать поиск источника голоса, спасаться бегством или, наоборот, проявлять агрессию, нападать, совершать опасные действия (при императивных галлюцинациях).

Обонятельные галлюцинации — мнимые, чаще неприятные, запахи (гнили, паленого, нечистот, газов).

Вкусовые галлюцинации — мнимые вкусовые ощущения, возникающие во рту без приема пищи.

Тактильные (*осязательные*) *галлюцинации* — неприятные ощущения, возникающие на коже или под кожей (щекотание, перемещение, ползание, давление). Пациенты описывают их, соотнося с неодушевленными предметами (инородными телами) или живыми существами (насекомые, паразиты и т.п.), признаки которых могут описываться больными (мелкие, твердые, с усиками и т.д.). Если подобные ощущения возникают во внутренних органах, то говорят о висцеральных галлюцинациях.

У больного может наблюдаться один вид галлюцинаций, а может одновременно появляться несколько видов, например зрительные, слуховые и тактильные, в таких случаях это — сложные (комплексные) галлюцинации.

Функциональные галлюцинации занимают промежуточное положение между галлюцинациями и иллюзиями, они появляются только при наличии реального внешнего раздражителя (стук колес поезда и т.д.) и продолжаются, не сливаясь с ним, до тех пор, пока действует раздражитель. Например, больной одновременно с шумом метро слышит: «не пей, не пей, не пей», при стихании шума эти слова исчезают.

Псевдогаллюцинации — непроизвольные восприятия обычно с ощущением сделанности или насильственности, в отличие от истинных галлюцинаций не отождествляющиеся больными с реальными предметами, т.е. лишенные характера объективной реальности. Обычно они локализуются больными не в объективном, а в субъективном пространстве — видится или слышится «мысленно», «умом», «внутренним зрением или слухом» и т.п. (интропроекция образов), но могут проецироваться и вовне. В последнем случае они не сливаются с окружающей реальностью, а существуют для больного параллельно с ней. Вместе с тем псевдогаллюцинации для больных имеют характер субъективной реальности, и критическое отношение к ним отсутствует. Псевдогаллюцинации могут проявляться в любом из анализаторов, т.е. быть слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, осязательными, общего чувства, со всеми возможными вариациями. Так, зрительные псевдогаллюцинации бывают элементарными и сложными, бесцветными и окрашенными; вербальные — тихими и громкими, единичными или множественными.

Гипнагогические галлюцинации — зрительные или слуховые обманы, возникающие при закрытых глазах при засыпании. *Гипнопомпические галлюцинации* — зрительные видения или слуховые обманы, возникающие во время пробуждения.

Сенестопатии — лишенные соматической или неврологической основы неприятные, тягостные и мучительные ощущения (боли, стягивания, жжения, переливания, щекотания, распирания и т.д.), возникающие в различных поверхностных частях тела или во внутренних органах. Эти ощущения нередко не имеют определенной локализации или мигрируют и с трудом поддаются четкому описанию. В отличие от галлюцинаций они лишены предметности, однако могут в них трансформироваться при прогрессировании заболевания. Таким образом, сенестопатии — наиболее элементарные проявления тактильных галлюцинаций и галлюцинаций общего чувства.

Метаморфопсии — искаженное восприятие величины, формы и пространственного расположения реально существующих объектов. При этом окружающие предметы могут восприниматься неестественно уменьшенными (микропсия) или, напротив, неестественно увеличенными (макропсия). Окружающие предметы воспринимаются также перекошенными, перекрученными, укороченными, удлиненными, расширенными или суженными — дисмегалопсия. Искажение восприятия пространства, сопровождаемое неестественным отдалением или, напротив, приближением предметов, называется порропсией.

Расстройство схемы тела — искаженное ощущение формы, величины и положения в пространстве тела или отдельных его частей. Больному кажется, что его тело резко увеличивается и заполняет собой все пространство, язык разбухает и не помещается во рту; голова кажется величиной со спичечную головку и т.д. Некоторыми специалистами метаморфопсии и расстройства схемы тела описываются под общим названием *психосенсорные расстройства.*

Расстройства мышления (ассоциативного процесса) отмечаются при различных психических заболеваниях. Наиболее частыми формами нарушений мышления являются следующие.

зоо

Ускоренное мышление — легкость появления и увеличение количества ассоциаций, сочетающееся с поверхностными умозаключениями, основанными на случайных ассоциациях; постоянная отвлекаемость от основной темы и непоследовательность высказываний, образные представления и сравнения доминируют над отвлеченными. Когда ускорение мышления становится интенсивным, происходит непрерывная смена одной незаконченной мысли другой (скачка идей).

Замедленное мышление — число ассоциаций уменьшается, их возникновение затруднено, отмечается обедненность сознания представлениями, их содержание однообразно. Больные субъективно нередко тягостно переносят подобные состояния, говорят, что поглупели или отупели.

Бессвязное (*инкогерентное*) *мышление* — речь представляет собой набор слов, не связанных в смысловом и грамматическом отношении.

Обстоятельное мышление. Ассоциации, возникнув, надолго «застревают» в сознании, мешая появлению новых ассоциаций. Мышление становится вязким, малопродуктивным, происходит застревание на второстепенных деталях, снижается способность выделить главное.

Резонерское мышление (резонерство). Пространные, многословные и бесплодные рассуждения на какие-либо темы, например на заданную тему.

Персеверация мышления. Доминирование в сознании ограниченного числа представлений, в связи с чем на разные по содержанию вопросы может даваться только один ответ: «Как ваша фамилия?» — «Петров». — «Как вы себя чувствуете?» — «Петров» и т.д.

Бред — совокупность ложных идей, представлений и умозаключений, возникающих без соответствующих оснований и не вытекающих из информации, поступающей из окружающего мира. Бредовой больной не поддается разубеждению, несмотря на то что его суждения противоречат действительности и всему предшествующему опыту заболевшего. Бред не корригируется даже самыми вескими доводами, чем отличается от простых ошибок суждения. Бредовые идеи больных всегда затрагивают их самих — их жизненный опыт, стремления, желания, знания, ставя психически больного в своеобразное эгоцентрическое положение по отношению к окружающему миру. В определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции.

Бредовые расстройства являются центральной проблемой общей психопатологии. В значительной степени это обусловлено тем, что бред имеет некое качественное отличие от других видов психических расстройств. Большая часть психических нарушений (например, аффективные расстройства настроения или невротические расстройства) в той или иной степени перекликаются с нормальными психическими функциями, как бы вырастают из них, являясь их болезненным искажением, и потому доступны для понимания «изнутри» (другими словами, можно мысленно поставить себя на место больного и понять его переживания). Бред же представляет собой качественно иную субъективную психическую реальность, совершенно недоступную для понимания стороннего наблюдателя. Это указывает на то, что в основе бреда лежит некая структурная «поломка» психического аппарата, порождающая, в свою очередь, многообразные по форме и содержанию психопатологические бредовые феномены. Проявления бредовых расстройств хотя и клинически разнообразны, но имеют ограниченный набор структурных признаков, образующих клинические полярности (например, систематизированный — несистематизированный, паранойяльный — парафренный), при сохранении основного признака — психологической «невыводимое™». Если рассматривать бред как вторичное продуктивное образование, отражающее реакцию личности на произошедшие изменения, то определенное внутреннее единство бредовых феноменов заставляет говорить и о единстве вторичных (личностных) психопатологических механизмов бредообразования. Таким образом, исходя

из сказанного, целостное рассмотрение проблемы бредообразования предполагает осмысление структурных и качественных характеристик, с одной стороны, как первичных психологических нарушений (носящих негативный характер, т.е. характер ослабления или выпадения функции), а с другой — как вторичных продуктивных психопатологических образований (т.е. бреда в собственном смысле слова). Для подобного анализа более всего подходит феноменологический подход. Представляется очевидным, что у больных с бредом существенно нарушены все основные звенья психической деятельности, хотя эти искажения могут быть асимметричными, что, как можно предположить, и определяет клиническое разнообразие бредовых феноменов. Наиболее часто бредовые расстройства встречаются при шизофрении. Л. С. Выготский (1932) считал патологию функции образования понятий основным патопсихологическим нарушением при этом заболевании. Как указывает Ф. В. Кондратьев (2006), расстройство самосознания при шизофрении — это специфический интеграл нарушений тех специфических процессов, которые формируют Я-концепцию личности на основе искаженного понимания смыслов информации из источников внутреннего и внешнего мира, т.е. расстройство конвенциональной социальной экспектации — смыслообразования. Но если брать более широкий философско-психологический аспект, то в феноменологической психологии и философии в качестве основной характеристики психического рассматривается интенциональность [Гуссерль, 1992]. Сам термин «интенциональность» (от лат. *intentionalis* — имеющий цель) пришел из средневековой схоластики и означал целесообразность, смысловую направленность духовного познания. В современной феноменологии данное понятие означает направленность сознания на объект. Согласно Э. Гуссерлю (2001) «осознаваемые переживания называются также *интенциональными,* причем слово “интенциональность” означает здесь не что иное, как всеобщее основное свойство сознания — быть сознанием о чем-то». Таким образом, в феноменологии Э. Гуссерля интен- циональность означает смысловую направленность сознания на объект и, с одной стороны, предполагает наличие элемента активности, а с другой — включает широкий, многоплановый интенциональный контекст, поскольку «каждое переживание имеет... интенциональный *горизонт,* в котором осуществляются отсылки к открытым для самого переживания потенциальностям осознания» [Гуссерль, 2001].

Данная концепция позволяет рассматривать искажения смысло- образования при психической патологии не только как нарушение смыслов конкретных, доступных восприятию предметов, лиц и ситуаций, но и как качественные характеристики самой интенции, а также контекстуальный (онтологический) аспект — интенциональность в аспекте осознания иерархических взаимосвязей явлений окружающего мира. С позиций теории интенциональности представляет интерес рассмотрение бредовых расстройств, располагающихся на различных клинических полюсах, с целью

установления универсальных базовых патопсихологических механизмов бредообразования. При паранойяльном бреде больной правильно отражает окружающий материальный мир, но внутренние связи отражаются им извращенно. Такой бред всегда логически обоснован. Больной может развивать цепь логических доказательств, отстаивать свою правоту. Он бесконечно дискуссирует и приводит все новые и новые аргументы. Таким образом, при паранойяльном бреде страдает преимущественно контекстуальный (онтологический) аспект — интенциональность осознания иерархических взаимосвязей окружающего мира (хотя неизбежно искажается также и смысл окружающих объектов и событий). Такой бред можно назвать преимущественно *контекстуально-объектным* [Березанцев, 2009]. Напротив, при острых формах бреда наблюдается совершенно другая клиническая картина. Наиболее общими чертами различных вариантов острого бреда являются выраженность и сменяемость аффективных расстройств, полиморфизм бреда с неустойчивостью, изменчивостью фабулы, диффузностью бредовых построений с отсутствием выраженных тенденций к систематизации [Вертоградова, 1976]. Наиболее специфичной составляющей этого варианта бреда является бредовое восприятие. Основной особенностью чувственного бреда может считаться обращенность его на предметы и явления, доступные непосредственному восприятию, находящиеся в пределах чувственной досягаемости. Направляющая идея, идеаторная разработка отсутствуют, происходит «первичное», «непосредственное» восприятие значения событий, предметов, слов в их новом качестве. С этих позиций чувственный бред может в равной степени быть назван бредом восприятия [Вертоградова, 1976]. Однако, как справедливо замечает L. Huber (1964), даже если бы были выявлены функциональные изменения восприятия, то «мы имели бы только частичное условие происхождения бреда». С позиций концепции интенциональности при острых формах бреда происходит искажение смыслов в отношении конкретных, доступных восприятию предметов, лиц и ситуаций (хотя, разумеется, страдает и контекстуальная составляющая). Такие формы бреда можно назвать *объектно-контекстуальными* [Березанцев, 2009].

Таким образом, если у больных с явлениями острого чувственного бреда нарушения интенциональности (смыслообразования) касаются преимущественно лиц, объектов и явлений окружающего мира, доступных непосредственному восприятию, то при паранойяльном бреде когнитивный компонент переработки информации (непосредственное интенциональное «схватывание» смыслов окружающих явлений) нарушен в меньшей степени, однако в большей степени страдает понимание контекста наблюдаемых явлений («интенциональный горизонт»). К промежуточным формам бреда можно отнести хронические параноидные и парафренные состояния, при которых объектная и контекстуальная составляющие нарушены приблизительно в одинаковой мере.

Бредовые идеи многообразны. Существуют различные подходы к их классификации. Один из них основан на учете содержания бредовых идей. Хотя систематика бреда по содержанию является малоинформативной, изучение фабулы бреда имеет определенное практическое значение. Так, бредовые идеи ревности указывают на возможность злоупотребления алкоголем. Бредовые идеи с характером преследования чаще встречаются при шизофрении.

По своей психопатологической структуре и особенностям динамики бред можно разделить на три основные группы: 1) первичный (интерпретативный); 2) образный (острый чувственный); 3) аффективный.

Первичный (*интерпретативный*) *бред.* При нем патологическому толкованию (интерпретации) подвергаются как явления внешнего мира, так и субъективные ощущения. Ложные суждения, подкрепленные доказательствами, разработаны в деталях. Первичный бред стоек и имеет склонность к прогрессирующему развитию. Длительное время первичный бред может существовать в качестве единственного явного признака психического заболевания. В развитии первичного бреда различаются три периода: инкубации, манифеста и систематизации, терминальный. В инкубационном периоде наблюдаются предвестники бреда в виде медленно нарастающих аффективных изменений: недоверчивости, подозрительности, предубежденности, высокомерия, надменности, переоценки собственной личности. Манифест бреда наступает по типу внезапного озарения, прозрения, интуитивного постижения тайного смысла различных событий прошлого, настоящего и будущего. При этом могут иметь место ложные воспоминания типа бредовых конфабуляций. В ходе последующей «бредовой работы» расширяется круг объектов бредовой интерпретации, разрабатывается тщательно продуманная и аргументированная бредовая система, существующая на протяжении многих лет. В терминальной стадии происходит распад бреда, что может быть связано с затуханием болезненного процесса (появляется критическое отношение к бреду, понимание его болезненности) либо с присоединением признаков слабоумия. Бред при раздвоении личности может инкапсулироваться, т.е. терять прежнюю актуальность и сосуществовать с адекватным отношением к действительности, не оказывая влияния на поведение.

Первичный бред может иметь самое различное содержание. В процессе его развития обычно происходит усложнение первоначального содержания, и бред из монотематичного становится политематичным. Обычно это усложнение идет в направлении нарастания идей преследования, если только они не существовали с самого начала. Сам же бред преследования усложняется преимущественно за счет идей величия. В судебно-психиатрической практике наиболее часто встречаются лица с бредовыми идеями ревности, ипохондрии, преследования, воздействия, отравления,

ущерба, изобретательства, величия, с идеями эротического и сутяжного характера.

Бред ревности (супружеской неверности) — непоколебимая убежденность, что лицо, с которым больной находится в супружеских или интимных отношениях, изменяет ему с одним или несколькими лицами. Он «замечает», что близкий человек становится невнимательным, проявляет холодность в интимных отношениях и просто уклоняется от них. Одновременно ему начинает казаться, что тот более внимательно следит за своей внешностью, приходит домой позже обычного, выглядит оживленным и смущенным. Он разными путями начинает следить за действиями близкого человека. Больной упорно требует признать факт измены, угрожает. Бред ревности порой выливается в жестокие насильственные действия, а зачастую и убийство близкого человека.

Ипохондрический бред (бред *болезни*) — непоколебимое убеждение лица в имеющемся у него тяжелом или неизлечимом заболевании. Поведение больных различно. Одни упорно разрабатывают методы самолечения. Другие постоянно обращаются к врачам самых различных профессий, требуя обследования и лечения. Такие больные начинают подозревать врачей в плохом к себе отношении, и в таких случаях нередки насильственные действия против медицинских работников. Разновидность ипохондрического бреда — бред физического недостатка или уродства — дисморфомания. Обычно он касается видимых частей тела — лица, рук, ног, фигуры. Для исправления мнимого физического дефекта больные прибегают к опасным методам самолечения или упорно требуют операций, в том числе и повторных.

Бред преследования — непоколебимое убеждение больного в том, что пациенту хотят нанести физический или моральный вред или просто хотят добиться его гибели.

Бред воздействия — убеждение лица, что его мысли, чувства и поступки подвергаются воздействию внешней силы, которая в ряде случаев получает точное определение — воздействие людей, гипноза, колдовства, черной магии и т.д. (см. также синдром Кандинского — Клерамбо).

Бред отношения — уверенность больного, что все происходящее вокруг связано каким-то образом с больным и адресовано непосредственно ему. Больной ощущает, что постоянно находится в центре внимания окружающих. Например, улыбки и разговоры между собой прохожих интерпретируются пациентом как насмешки над ним и обсуждения его персоны. Больные с этим бредом улавливают намеки в свой адрес по радио, телевизору, в газетах, утверждают, что окружающие предметы и явления имеют к ним отношение,

в них улавливается какой-то скрытый смысл, намек, понятный только больному.

Бред отравления — убеждение больных в том, что их пытаются отравить или отравили определенным либо гипотетическим ядом, который якобы добавляют в употребляемую ими пищу, рассыпают или распыляют в воздухе в тех помещениях, где они находятся.

Бред ущерба — убежденность в сознательном нанесении больному материального вреда путем порчи, подмены или воровства денег, вещей, продуктов питания. Бред ущерба обычно распространяется на лиц из ближайшего окружения (родственников, соседей), в связи с чем его нередко определяют как бред малого размаха.

Бред изобретательства — больные считают себя гениальными изобретателями, авторами грандиозных и многочисленных научных открытий, имеющих универсальное значение, и считают, что их внедрение облагодетельствует человечество.

Бред величия — убеждение в обладании грандиозными духовными и физическими возможностями, огромной властью, распространяющейся на всю страну, весь мир и даже Вселенную.

Бред эротический (любовный) — убежденность больного в том, что определенное лицо испытывает к нему любовную страсть и стремится любыми способами добиться его расположения.

Бред сутяжничества — пример *контекстуально-объектного* бреда, при котором нарушения смыслообразования в большей степени касаются взаимосвязей объектов окружающего мира, в первую очередь взаимоотношений самого больного с другими людьми. Больные убеждены, что окружающие нарушают их законные права, умышленно принижают их заслуги и достижения. Добиваясь восстановления мнимых прав, больные пишут многочисленные жалобы в различные инстанции, разоблачают своих недоброжелателей.

Образный (острый чувственный) *бред* — яркий пример *объектноконтекстуального* бреда. При нем преобладает нарушение смыслообразования в отношении доступных для непосредственного чувственного восприятия явлений и предметов окружающего мира, которые воспринимаются в новом качестве («бредовое восприятие»). Бредовые идеи возникают хаотично, без всякой системы, они не доказываются, а воспринимаются как данность. Господствуют образные представления, напоминающие по своей наглядности и непоследовательности грезы и картины сна; окружающее нередко воспринимается иллюзорно. Поступки больных непоследовательны, часто носят импульсивный характер и

определяются сменяющимися бредовыми восприятиями и представлениями. Могут возникать галлюцинации, проявляться элементы синдрома Кандинского — Клерамбо, встраиваться эпизоды измененного сознания.

Образный бред всегда сопровождается выраженными изменениями аффекта, обычно в форме эмоционального напряжения, тревоги, страха. Описаны различные разновидности острого чувственного бреда. Например, *бред двойников,* включающий симптомы положительного и отрицательного двойника и симптом Фреголи. При симптоме *положительного двойника* больные считают, что незнакомые лица с определенной целью принимают облик родственников или знакомых людей. При симптоме *отрицательного двойника,* напротив, родные и знакомые воспринимаются чужими, но «подделывающимися под родных». При симптоме Фреголи больные утверждают, что одно и то же конкретное лицо способно полностью или частично изменить свою внешность с тем, чтобы не быть узнанным. Разновидностью образного бреда является *бред интерметаморфозы*(метаболический бред, бред постоянного изменения) — больные считают, что окружающее постоянно преображается, люди перевоплощаются, полностью меняя внешность, трансформируются предметы обстановки. При *бреде инсценировки* окружающее воспринимается как нечто искусственное, специально подстроенное, поддельное, происходящее по заранее составленному сценарию, как в театре или при съемке кинофильма, запрограммированное, спланированное с определенной целью. При *бреде значения* все окружающее принимает символическое значение — человек в черном плаще означает скорую смерть больного; красный автомобиль означает массовое истребление людей и т.д.

Эти бредовые восприятия и смыслы окружающего очень изменчивы. В ряде случаев бредовое восприятие окружающего получает фантастическое содержание. При этом может возникать *антагонистический бред,* при котором окружающее воспринимается как борьба вокруг личности заболевшего двух противоположных сил — добра и зла. Для *образного фантастического бреда* характерны идеи величия, религиозно-мистического, вселенского содержания (звездные войны, стихийные бедствия, государственные перевороты и т.п.).

Аффективный бред своим содержанием отражает доминирующий аффект. Среди депрессивных форм бреда чаще всего встречается бред самообвинения и греховности — убежденность в совершении тяжких, аморальных поступков. При *бреде самоуничижения* больной исключительно негативно оценивает свои личностные и моральные качества. В некоторых случаях *депрессивный бред* приобретает фантастическое содержание: больной погубил весь мир, виновен в разрушении природных и социальных структур (*бред Котара). Нигилистический бред* — уверенность в разрушении своего организма, отсутствии внутренних органов, в

собственной смерти, гибели окружающих. Все разновидности депрессивного бреда очень бедны деталями, разработка его содержания, как правило, отсутствует.

От бредовых идей нужно отличать сверхценные идеи и бредоподобные фантазии.

Сверхценные идеи — длительное время доминирующие в сознании мысли и представления, возникающие благодаря реальным обстоятельствам. Сопровождаются аффективной насыщенностью вследствие повышенной значимости для личности. Рассматриваются в рамках варианта психической нормы.

Бредоподобные фантазии — это появляющиеся в условиях психотравмирующей ситуации, в частности в условиях содержания под стражей, фантастические идеи и высказывания. Приближаясь к бредовым идеям, по содержанию отличаются от них подвижностью, отсутствием стойкой убежденности лица в их истинности, неспаянностью с личностью и зависимостью от внешней обстановки. Представляют собой истерическую защитную реакцию (разновидность диссоциативного/ конверсионного расстройства по МКБ-10). Бредоподобная продукция обычно отражает бессознательное стремление лица к реабилитации, поэтому больные могут рассказывать о богатствах, коими они якобы обладают, совершенных ими открытиях, полетах на Луну и т.д. Высказывания сопровождаются рассчитанным на окружающих поведением с элементами игры и театральности; они исчезают под влиянием внешних условий, например при переводе в больницу.

Навязчивые состояния (обсессии или ананкастические явления) — непроизвольно возникающие мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, движения, возникающие независимо и вопреки желанию больного, притом непреодолимо, и отличающиеся постоянством. Больные относятся к ним критически, понимают их болезненный характер и бессмысленность, пытаются с ними бороться, но освободиться от них не могут. Навязчивые состояния с известной условностью разделяют на две группы — отвлеченные, не сопровождаемые выраженным аффективным компонентом, и образные, при которых аффективные расстройства постоянны.

Отвлеченные навязчивости — навязчивый счет (счет ступенек на лестнице, счет проезжающих мимо машин и т.п.); навязчивые воспоминания (имен, телефонов, определений); навязчивое мудрствование (умственная жвачка) — возникновение вопросов абстрактного содержания, которые влекут за собой новые вопросы, на которые также невозможно ответить. Например, больной

вынужден думать, почему правая рука называется именно правой, а левая — левой, какой была бы Вселенная, если бы она имела границы, и т.д.

Среди аффективных навязчивостей выделяют *навязчивые сомнения* — непроизвольно возникающая мучительная неуверенность в правильности и завершенности совершаемых действий, сопровождается их многократной перепроверкой и повторением. Например, больной многократно возвращается, чтобы проверить, хорошо ли заперта входная дверь. *Навязчивая хула — циничные слова и выражения,* непроизвольно возникающие в сознании по отношению к тем, к кому пациент относится с уважением. *Навязчивые воспоминания* — неотвязное воспоминание неприятных или мучительных событий прошлого. *Навязчивые влечения* — появление вопреки воле стремления совершить то или иное, нередко опасное, действие — например, ударить находящегося рядом человека, выброситься из окна и т.п. *Навязчивые действия* — движения, совершаемые помимо желания, например периодическое постукивание кулаком по бедру.

Навязчивые страхи (фобии) — распространенная форма навязчивых состояний. Их содержание весьма разнообразно: страх перехода улиц и площадей, страх оставаться одному в закрытом помещении, страх поездок в метро, страх острых предметов, высоты, публичных выступлений, покраснения и т.д. Актуализация аффективно окрашенных навязчивостей (например, при необходимости поехать на метро у лица с соответствующей фобией) влечет за собой выраженные вегетативные проявления — тахикардию, потливость, побледнение, головокружение, отдышку.

Навязчивые состояния часто сопровождаются ритуалами — действиями, которые производят для предупреждения мнимого несчастья и снижения эмоционального напряжения: при страхе загрязнения человек через определенные промежутки времени несметное число раз моет руки. Другой разновидностью защитных действий от навязчивых страхов являются ритуалы — словесные формулы (заклинания), мысли (идеаторные ритуалы) и действия, совершаемые с целью предотвращения мнимого несчастья, устранения страхов, тревоги, сомнений.

Импульсивные состояния включают импульсивные действия и импульсивные влечения.

Импульсивные действия совершаются без борьбы мотивов. Возникают при выраженных расстройствах психики — при остром чувственном бреде, состояниях помраченного сознания, кататоническом возбуждении. Характеризуются автоматизмом выполнения, внезапностью и безмотивностью. Больной внезапно совершает агрессивные поступки, наносит незнакомым людям удары, совершает разрушительные действия, круша все вокруг, и т.д.

Импульсивные влечения обычно возникают на фоне понижено-дистимического настроения. Пациент испытывает психический дискомфорт, борется с желанием совершить тот или иной поступок, однако влечение становится неодолимым и реализуется помимо его воли и желания. Нередко воспоминания о совершаемых в этот период действиях неотчетливы, а после их реализации они осознаются как ненормальные и оцениваются критически. Наиболее частыми формами импульсивных влечений являются запой (дипсомания), бродяжничество (дромо- мания, вагабондаж), стремление к поджогам (пиромания), воровству (клептомания), непреодолимая потребность к обману, мистификации окружающих (мифомания), стремление совершить убийство, самоубийство (гомицидомания, суицидомания) или нанести себе физические повреждения.

Деперсонализация, дереализация, растерянность. Данные состояния объединяют изменения восприятия собственного «Я», окружающего или того и другого одновременно.

Деперсонализация — расстройство самосознания (восприятия своего «Я») с переживанием отчуждения своих психических и физических качеств: восприятий, ощущений, мыслей, представлений, желаний, чувств, воспоминаний, речи, движений, действий. Наиболее часто деперсонализация отмечается при депрессии, в выраженной степени проявляющаяся также мучительным ощущением утраты всех чувств.

Дереализация — расстройство восприятия реальности, которая кажется отдаленной, безжизненной, неподвижной, застывшей, неотчетливой, бесцветной. Может сопровождаться сомнением в действительности существования окружающего мира. К дереализационным расстройствам также относят феномен «уже слышанного, пережитого, виденного», когда незнакомое кажется уже имевшим место в прошлом. При феномене «никогда не слышанного, не пережитого, не виденного», напротив, хорошо знакомое кажется возникшим впервые.

Деперсонализационно-дереализационные расстройства в целом относятся к пограничному уровню психической патологии и сопровождаются осознанием их болезненного характера, постоянным самоанализом. Больные обычно затрудняются точно описать имеющиеся у них переживания, прибегают к сравнениям, метафорам, употребляют выражения: «как будто», «кажется».

Растерянность (аффект недоумения) — мучительное непонимание происходящего с собой и окружающим с ощущением необычности и необъяснимости изменений, потеря смысловой составляющей окружающего мира, который получает новые, еще неясные значения. Недоумение проявляется в манере поведения и речи. Вербальная продукция больного

бедна словами, он отвечает с задержками, нередко повторяя вопрос или отвечая вопросом. Характерны такие высказывания, как «наверное, я схожу с ума», «я ничего не пойму», «что-то происходит», «зачем это» и т.п. Для растерянности характерна повышенная отвле- каемость внимания, проявляющаяся его переключением на любые внешние раздражители (кашель, стук, тиканье часов и т.п.). Больные обращаются в сторону звука, нередко говоря: «кашляют», «вот часы» и т.д. Растерянность возникает при остро развивающихся психических нарушениях (может предшествовать острому чувственному бреду).

Расстройства памяти. Память — это способность воспринимать, фиксировать и воспроизводить информацию (впечатления, сведения, совокупные факты прошлого жизненного опыта).

Амнезия — выпадение из памяти информации на тот или иной промежуток времени. *Ретроградная амнезия* — выпадение из памяти воспоминаний и событий, непосредственно предшествовавших развитию нарушений психической деятельности в форме помрачения сознания или бессознательного состояния. Распространяется на периоды времени от нескольких минут до многих лет.

Антероградная амнезия — утрата воспоминаний на события, относящиеся к периоду, непосредственно следующему за окончанием бессознательного состояния, помрачения сознания и других психических расстройств. Охватывает промежутки времени от минут до часов, дней, редко недель. *Антероретроградная амнезия* — выпадение из памяти ряда событий, как предшествовавших болезненному состоянию, так и следовавших за ним.

Амнезия конградная — выпадение памяти о событиях в окружающем и о собственном самочувствии на период нарушенного сознания.

Амнезия фиксационная — потеря способности запоминать текущие события. *Амнезия прогрессирующая* — постепенно нарастающее опустошение памяти. Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся закону Рибо — Джексона; от частного — к более общему, от позднее приобретенного, менее прочно закрепленного и менее автоматизированного — к тому, что было приобретено раньше, прочнее закреплено, более организованно и автоматизированно; от менее эмоционально насыщенного — к более эмоционально значимому. Опустошение запасов памяти происходит постепенно и последовательно — от запамятования событий последнего времени к запамятованию событий прошлого, в том числе и отдаленных, касающихся юности и детства. Прогрессирующая амнезия наблюдается при атрофических процессах, прогрессивном параличе, прочих грубо органических поражениях головного мозга.

Амнезия ретардированная (*отставленная, запаздывающая*) — запамятование событий, происходящих во время психического расстройства, в том числе и самих психических расстройств. Случается спустя тот или иной отрезок времени, поэтому больной сначала может многое рассказать, а позже уже не в состоянии этого сделать.

Парамнезии — обманы памяти. Наиболее важными являются псевдореминесценции и конфабуляции. Псевдореминесценции — бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени. Конфабуляции (ложные воспоминания) — сообщения о событиях, которых на самом деле не было.

Конфабулез — возникновение обильных конфабуляций, которые образуют либо один связный с последовательно развивающимся содержанием рассказ, либо несколько рассказов с законченным содержанием. Возникает при ясном сознании и часто не сопровождается значительными расстройствами памяти.

Синдромология психических расстройств

Как указывалось, **синдромы** представляют собой совокупность внутренне связанных друг с другом симптомов. Последовательная смена синдромов — *патокинез* — образует клиническую картину болезни и отражает патогенетические закономерности ее развития.

Начнем с наиболее легких синдромов и постепенно перейдем к тяжелым и генерализованным.

Невротические синдромы.

Чаще всего встречаются астенический, истерический синдром и синдром с преобладанием навязчивых расстройств.

Астенический синдром. Наиболее общее и распространенное психическое нарушение. Может возникать при любом психическом заболевании либо выступать как самостоятельное болезненное состояние. Характеризуется такими признаками, как раздражительность, слабость, гиперестезия, повышенная утомляемость и неустойчивое настроение. Настроение не в меру повышается от незначительного успеха и резко падает при малейшей неудаче. Свойственное большинству астенизи- рованных пациентов понижение настроения имеет оттенок неудовольствия, капризности, тревожности, неуверенности, нередко сопровождается слезливостью. Обостряется впечатлительность, больные раздражительны, вспыльчивы, однако вспышки аффекта поверхностны, непродолжительны. После этого они чувствуют себя значительно хуже. При физических и умственных нагрузках быстро появляются усталость, чувство неприязни к выполняемой работе. Сочетания раздражительности и слабости различны, и в зависимости

от этого больной больше сердится или легче плачет. Симптомы астении усиливаются во второй половине дня и к вечеру, к концу рабочей недели. Характерны расстройства сна и вегетативные нарушения — потливость, тахикардия, вазомоторные расстройства.

Истерический синдром. Проявляется чрезмерной эмоциональной лабильностью с аффектацией и демонстративностью поведения. Наблюдается драматизация имеющихся болезненных явлений (физических или психических), повышенная внушаемость и самовнушае- мость, склонность к фантазированию. Эмоциональная неустойчивость проявляется бурными, но быстро сменяющими друг друга аффектами возмущения, радости, неприязни, симпатии. Речь образная, преобладают явные преувеличения реальных событий, в которых желаемое замещает действительное. Мимика и движения выразительны, экспрессивны, порой театральны. Наряду с психическими нередко присутствуют разнообразные физические симптомы в виде многочисленных расстройств двигательных, сенсорных и телесных функций, часто ими- тативные и соответствующие упрощенным представлениям об анатомии и функции органов.

Обсессивный синдром (синдром навязчивостей). Преобладают стойкие навязчивые расстройства. В одних случаях наблюдается лишь какой-нибудь один симптом (например, навязчивое мытье рук), в других — сочетание различных навязчивых проявлений. Характерно постоянно тревожное или тревожно-подавленное настроение.

Эмоциональные (аффективные) синдромы. Наиболее распространенные психические нарушения наряду с астеническими симпто- мокомплексами. Их основу составляют расстройства настроения — совокупность эмоциональных нарушений, придающих окраску всем другим переживаниям пациента на протяжении длительных периодов времени.

Маниакальный синдром. Его характеризует классическая триада признаков: немотивированное повышение настроения — гипертимия; усиление побуждений к деятельности и повышенная активность — гипербулия; ускоренный темп течения ассоциативных процессов — тахифрения. Маниакальный эффект сопровождается очевидными витальными изменениями: больные не испытывают усталости, недомогания, неприятных физических ощущений (исключение составляют сравнительно редкие случаи). Характерно чувство полного физического благополучия, прилива сил, энергии. Многие пациенты чувствуют себя помолодевшими, освободившимися от «гнета возраста», как бы «заново родившимися». Нарушен сон: суточная норма сна резко сокращается. Усиливаются половое влечение, аппетит. Наблюдаются вегетативные и нейроэндокринные расстройства: учащение пульса, дыхания, склонность к артериальной гипертензии, гиперсаливация, повышение тургора кожи, похудание, блеск

глаз и др. У женщин нарушается менструальный цикл. Больные говорливы и находчивы в ответах. Внимание обострено, но нестойко и легко отвлекаемо. Деятельность носит лихорадочный, разбросанный характер, начатое не доводится до конца. *Спутанная мания* характеризуется резко выраженным повышением настроения в сочетании с бессвязным речевым и двигательным возбуждением. Если повышенное настроение и речедвигательное возбуждение сопровождаются раздражительностью, назойливой придирчивостью, вспышками негодования и злобой, то говорят о *гневливой мании.*При *рауш-мании* отмечается повышенное настроение в сочетании с легким изменением сознания — больные внешне производят впечатление находящихся в легком опьянении. При маниакальных состояниях нередко в повышенном настроении присутствует элемент *эйфории*[1].

Мория. Незначительный подъем настроения сочетается с расторможенностью низших влечений, беспечностью, дурашливым (греч. *moria* — глупость) поведением с неуместными, нелепыми шутками и выходками, стремлением плоско пошутить, устроить панику среди присутствующих. Ускорения течения ассоциаций и оживления деятельности не наблюдается. Возможно появление легкой оглушенности сознания. Мория встречается при опухолях лобно-базальной локализации, черепно-мозговых травмах, интоксикациях. К синдромам аффективной патологии мория относится условно.

Депрессивный синдром включает следующую триаду признаков: снижение настроения — гипотимия; заторможенность мыслительной деятельности — брадифрения; ослабление побуждений к деятельности; общее снижение активности — гипобулия. Наблюдаются также ипохондрические явления, симптомы психической анестезии, деперсонализации и дереализации, разнообразные вегетативные и нейроэндокринные расстройства, нарушения сна и других витальных функций. Незначительное понижение настроения, сопровождаемое некоторым затруднением мыслительных процессов, медлительностью, называется гипотимией. Больные жалуются на слабость, вялость, угнетенность. Может наблюдаться слезливость, раздражительность, обидчивость. В состояниях гипотимической депрессии нередко совершаются суицидальные попытки.

При углублении подавленного настроения начинают проявляться признаки витальной тоски в виде тягостных ощущений в области груди или живота. Их описывают как чувство сдавления, сжатия, тяжести. При усилении этих нарушений больные говорят о щемящей тоске — душу «сдавило» или «рвет на части». Одновременно возникает тягостное ощущение потери чувств, доходящее до мучительного ощущения внутренней опустошенности — психической анестезии, являющейся формой проявления депрессивной деперсонализации. Может возникать ощущение измененности окружающего (депрессивная дереализация) — оно теряет краски, становится застывшим,

отдаленным, воспринимается «как сквозь дымку». Нередки жалобы на измененное течение времени, оно ощущается медленным, тягучим, остановившимся. Для депрессивных больных характерна сниженная самооценка, которая при углублении расстройств может смениться бредом самоуничижения, самообвинения. У пожилых больных нередки бредовые идеи разорения и обнищания. В некоторых случаях у больного могут возникнуть идеи о наличии у него неизлечимого заболевания (депрессия с ипохондрическим бредом). При тяжелых депрессиях ипохондрическая симптоматика может транформироваться в идеи о прекращении работы внутренних органов в связи с их разрушением или атрофией (ипохондрическая депрессия с нигилистическим бредом).

Иногда бредовые идеи у депрессивных больных приобретают фантастический характер. Больные приписывают себе вину в мировых катаклизмах; уверены в гибели окружающих, планеты, вселенной; утверждают, что никогда не умрут и будут мучиться вечно *(депрессия с бредом Котара)*. В случаях наличия выраженного тревожного компонента, сопровождающегося боязливым ожиданием беды, несчастья, может наблюдаться речевое и двигательное возбуждение (*ажитиро- ванная депрессия*). Ажитация проявляется в неусидчивости, постоянной ходьбе, назойливом приставании к медицинскому персоналу, окружающим с просьбами, может проявиться во внезапном двигательном возбуждении, во время которого больные пытаются убить или изувечить себя *(депрессивный раптус)*.

- [1] Эйфория — повышенное настроение, проявляющееся довольством, беспечностьюи безмятежностью. Как правило, преобладает пассивность. Отсутствует или слабо выражено речевое возбуждение. Снижены уровень суждений, критическое отношение к себеи окружающему. Нередко отмечается расторможенность влечений, приводящая к злоупотреблению алкоголем, сексуальным эксцессам. Наблюдается также при органическихзаболеваниях мозга. Состояние эйфории характерно для алкогольного и наркотического опьянения.

Галлюцинаторные синдромы.

Галлюциноз — состояние, характеризующееся преобладанием галлюцинаций при отсутствии формальных признаков помрачения сознания. Наиболее часто встречаются вербальные галлюцинации, реже — зрительные, тактильные и обонятельные. Обычно доминирует один какой-нибудь вид галлюцинаций, их комбинации наблюдаются значительно реже. Различают острый и хронический варианты галлюцинаторного синдрома.

Синдром острого вербального галлюциноза. Проявляется внезапным наплывом обильных слуховых галлюцинаций, содержание которых может быть разнообразным. Сопровождается обрывочным галлюцинаторным бредом (отражающим содержание слуховых обманов либо проявляющимся бредовой оценкой последних; например, голоса угрожают убить или оцениваются пациентом как «подстроенные», «проводят эксперимент») . Поведение пациента при этом резко меняется, отмечаются страх, растерянность, проявления агрессии. Встречается при шизофрении, интоксикационных, инфекционных психозах.

Синдром хронического вербального галлюциноза. Может формироваться вслед за острым, одновременно могут сосуществовать галлюцинации и псевдогаллюцинации. Пациенты становятся «носителями голосов», свыкаются с галлюцинаторными персонажами, между ними складываются сложные отношения: конфликты, согласие, субординация, доверие. Как правило, эти отношения носят антагонистический характер, причем пациент обычно оказывается в зависимом положении. Поведение хронически галлюцинирующих больных в целом более упорядочено, нежели при остром галлюцинозе. Чаще отношение к голосам бывает двойственным, возможно появление критического отношения к обманам восприятия. Хронический вербальный галлюциноз встречается при галлюцинаторном варианте галлюцинаторнопараноидной шизофрении, хроническом алкогольном психозе, органических заболеваниях головного мозга.

Зрительный галлюциноз. Возникает при полной или значительной утрате зрения, органических поражениях определенных участков мозга, при интоксикациях, в глубокой старости. Характерны оптические обманы в виде мелких (лилипутных) видений животных, птиц, людей, цветных и подвижных. Пациенты дистанцированы от них, но по ночам, с появлением спутанности сознания и возбуждения, критическое отношение может утрачиваться.

Тактильный галлюциноз. Характеризуется обильными осязательными галлюцинациями, галлюцинаторным бредом одержимости кожными паразитами (дерматозойный бред). Альгогаллюциноз — непрерывно продолжающиеся фантомные боли, иррадиирущие в отсутствующую часть конечности.

Обонятельный галлюциноз. Постоянные обонятельные галлюцинации, нередко с проекцией на собственное тело или внутренние органы. Сопровождается ипохондрическим и нигилистическим бредом, а также сенситивными идеями отношения. При проекции обонятельных галлюцинаций вовне присоединяются бредовые идеи отравления.

Бредовые синдромы.

Паранойяльный синдром — первичный систематизированный бред толкования различного содержания (ревности, изобретательства, преследования, реформаторства и др.), нередко существующий как моносиндром при полном отсутствии других продуктивных расстройств. Характерны паралогическая структура мышления («кривое мышление»), бредовая детализация. Способность к правильным суждениям и умозаключениям по вопросам, не затрагивающим бредовые убеждения, заметно не нарушается. При изложении бреда типична обстоятельность, связанная с обилием доказательств, так называемая бредовая обстоятельность.

Параноидный или *галлюцинаторно-параноидный синдром* — сочетание бредовых идей преследования с вербальными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, проявлениями синдрома Кандинского — Клерамбо, аффективными нарушениями. В одних случаях преобладает бред, в других — сенсорные расстройства (галлюцинации и т.д.). В остром варианте проявляется острым чувственным бредом персекуторного содержания (преследования), возникающим на фоне страха, растерянности и сочетающимся с псевдогаллюцинациями, другими явлениями психического автоматизма. Чаще встречается в структуре приступов шубообразной шизофрении, при атипичных алкогольных психозах.

Синдром Кандинского — Клерамбо (синдром психического автоматизма) представляет собой хронический вариант параноидного синдрома и характеризуется сочетанием бредовых идей, в первую очередь идей преследования, с идеями психического и физического воздействия, а также отчуждения мыслей, чувств и поступков. Это сложное психопатологическое образование, в котором различают три группы расстройств. *Ассоциативный автоматизм* развивается обычно первым. Характеризуется нарушением мыслительной деятельности, протекающим с переживанием отчуждения и насильственности. Его начальное проявление — это, как правило, ментизм (непроизвольно возникающий, неудержимый, быстрый и безостановочный поток мыслей или мысленных представлений). Помимо наплывов мыслей отмечаются блокада мыслительной деятельности, переживания вкладывания, чтения мыслей, насильственного разматывания воспоминаний, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания, явления образного ментизма и чувство овладения (ощущение, что субъект не принадлежит самому себе, что им владеет посторонняя сила).

Сенестопатический (*сенсорный*) *автоматизм* — разнообразные по восприятию (нередко в форме боли) и локализации ощущения с характером сделанности. К нему относятся обонятельные, вкусовые, тактильные и эндосоматические ощущения.

Двигательный (*кинестетический*) *автоматизм* — совершение вопреки желанию различных движений и поступков, в том числе феномены насильственного говорения — движений языка и высказываний вслух, ощущаемых как насильственные (речедвигательный автоматизм).

Этот насильственный характер психической деятельности при синдроме Кандинского — Клерамбо может сопровождаться бредовыми идеями воздействия (гипнозом, черной и белой магией, биополями, особыми лучами и т.д.).

Парафренный синдром — сочетание фантастических по содержанию бредовых идей, психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и экспансивных конфабуляций. Характерен образный мегаломаниче- ский бред грандиозного содержания, неправдоподобно нелепого и полностью оторванного от реальности (могущества, величия, богатства и др.), с экспансивным конфабулезом, бредовой деперсонализацией и зачастую несколько повышенным настроением. Например, больной считает себя властелином вселенной, способным преобразовать мир, основать новые государства, религии, культуры, его преследуют воздействием из галактического пространства и т.п.

Ниже приводится клиническое интервью с больным с развернутой галлюцинаторно-параноидной симптоматикой ипохондрического содержания.

Пациент Б., 47 лет, обвиняется в хулиганстве — разбил витрину в здании районной управы (правонарушение по механизму бредовой демонстрации) . Интервью датируется 2005 г. Пациент с высшим экономическим образованием. Страдает параноидной формой шизофрении. В клинической картине, носящей полиморфный характер, на первый план выступают бредовые идеи — ипохондрические, отношения, воздействия. Можно констатировать галлюцинаторные расстройства, в первую очередь связанные с соматической сферой, — сенестопатии, висцеральные галлюцинации, а также слуховые обманы восприятия. При беседе больной депрессивен, заторможен, отвечает преимущественно односложно. Можно отметить расстройства мыслительного процесса в виде соскальзываний, «атактических замыканий». Критическое отношение к заболеванию отсутствует.

Доктор: Здравствуйте. Мы с вами побеседуем, вы не возражаете? Какие у вас жалобы на здоровье?

Б.: У меня нет жалоб на здоровье. Есть только проблемы с проктологией.

Доктор: Давно они возникли?

Б.: Давно.

Доктор: Как давно. Год, два, три?

Б.: Примерно год.

Доктор: Насколько я знаю, этому предшествовали семейные проблемы.

Б.: Не было семейных проблем.

Доктор: Насколько я знаю, от вас жена ушла.

Б.: Это не проблема.

Доктор: Ну, хорошо, с чего все началось год назад?

Б.: С того, что я начал осознавать, что у меня геморрой.

Доктор: Как вы начали осознавать, что у вас геморрой? Вы постепенно это поняли или сразу?

Б.: Не сразу.

Доктор: С чего все началось? Геморрой проявляется болями, кровь выделяется?

Б.: Крови никогда не было.

Доктор: Тогда что же было?

Б.: Была боль.

Доктор: Боль в районе прямой кишки?

Б.: Да.

Доктор: До этого вас беспокоили боли в районе прямой кишки?

Б.: Нет.

Доктор: То есть год назад это проявилось в первый раз?

Б.: Да.

Доктор: Ранее вас вообще беспокоили какие-либо боли, недомогания со стороны вашего физического состояния?

Б.: Мое состояние начало расстраиваться на работе.

Доктор: Когда это появилось?

Б.: Тоже год назад.

Доктор: То есть примерно одновременно с появлением болей?

Б.: Да, тогда стали увеличиваться узлы геморроя.

Доктор: Как вы определили, что это узлы?

Б.: Я стал чувствовать эти узлы в области прямой кишки и простаты. **Доктор:** То есть область этих ощущений шире, чем район прямой кишки? **Б.:** Да, и они стали действовать на здоровье.

Доктор: Каким образом, как вы это ощущали?

Б.: По венам расширенным стало передаваться организму. Я стал в аптеках лекарства покупать и принимать.

Доктор: То есть стали заниматься самолечением еще до того, как вам диагноз установили проктологи?

Б.: Да.

Доктор: Какие лекарства, например?

Б.: Мазь — проктогливенол. После этого они затихали на время. Боль прекращалась. Потом снова все начиналось.

Доктор: Это было просто ощущение узлов или ощущали еще что-нибудь? Каких-нибудь паразитов, например.

Б.: Высовывался белый из прямой кишки как разведчик.

Доктор: Это что, глист был?

Б.: Это не глист, это шпион.

Доктор: Чей шпион, этих узлов геморроидальных?

Б.: Да, их шпион.

Доктор: Этих узлов, их там много?

Б.: Их около четырех.

Доктор: Четырех штук?

Б.: Да.

Доктор: Получается, что узлы живые какие-то, разведчика посылают.

Б.: Да.

Доктор: И Вы ощущаете, что они там как живые?

Б.: Дело в том, что они на голову влияют. И на ноги.

Доктор: Каким образом?

Б.: Через кровь артериальную.

Доктор: Эти узлы, они там на месте сидят или как-то перемещаются? К голове, например?

Б.: Нет, не перемещаются, но они по крови влияют. Передают, рассылают сигналы.

Доктор: То есть по существу они управляют вашим организмом?

Б.: Да.

Доктор. Когда вы почувствовали, что они управляют организмом? Это вы поняли сразу, как стали ощущать эти узлы или потом, через какое-то время?
Б.: Не сразу.

Доктор: Через какое время после того, как вы стали впервые ощущать боли? Когда вы поняли, что они рассылают сигналы?

Б.: Когда стал с ними бороться. Стал использовать мази и свечи.

Доктор: Они помогают, эти свечи?

Б.: Да.

Доктор: Я все-таки хочу уточнить. Сначала вы почувствовали боли. Сколько времени прошло, прежде чем вы почувствовали, что они рассылают сигналы?

Б.: Дело в том, что я не давал им баловаться. Я стал заваривать чеснок. **Доктор:** То есть бороться диетой. Так помогало это или нет?

Б.: Да.

Доктор: На короткое время?

Б.: Да, на короткое время.

Доктор: Насколько короткое? На час, два, полдня, день?

Б.: На день, два. Один раз я вообще устроил голодовку и пил чесночный настой.

Доктор: И что, затихло на какое-то время?

Б.: На какое-то время затихло.

Доктор: Скажите, пожалуйста, когда вы почувствовали эти узлы геморроидальные, почему вы поняли, что их именно четыре?

Б.: Я запускал туда пальцы. Я нащупал их четыре и эти щупальца. **Доктор:** Так это какие-то инородные тела?

Б.: Эти тела выросли из варикозного расширения вен.

Доктор: Так в них вселился кто-то?

Б.: Нет, сами выросли. Это бывает, когда долго сидишь в мягком кресле. **Доктор:** Вы часто их щупали пальцем? Не пытались как-то их удалить? Б.: Нет, не часто, удалить не пытался.

Доктор: А вы их видели глазами-то? Шпион вылезал, как вы говорили.

Б.: Я запускал туда пальцы, на ощупь трогал.

Доктор. Так все-таки они постоянно находятся там внизу или мигрируют по организму?

Б.: Они находятся внизу, но посылают сигналы.

Доктор: Как вы ощущаете эти сигналы?

Б.: Вот здесь начинает опухать и болеть *(показывает на нижнюю часть голеней*).

Доктор: А как они на голову действуют?

Б.: Они могут головную боль устроить. Не очень сильную, они добираются до артериальных узлов.

Доктор: А вы физически ощущаете, как этот сигнал проходит по организму? Или по боли только понимаете, что прошел сигнал?

Б.: Они еще устраивают то понос, то запор.

Доктор: А на мысли они действуют?

Б.: Мысли какие возникают — надо поехать и получить информацию в институт проктологии. Я хотел бы обратиться к профессору Кузьминенко. В первом отделении, но на другом этаже.

Доктор: Пожалуйста, постарайтесь отвечать на вопросы, которые я задаю. Итак, эти узлы действуют на организм, посылают сигналы. Вызывают боли во всем организме — в ногах, голове. Это обычная боль, такая, как бывала у вас и раньше в жизни, или необычные, другие боли?

Б.: Другие.

Доктор: Вы можете описать эти боли, например в голове? Ноет, скручивает, переливается? Попробуйте подобрать слова.

Б.: Да, переливается. Не скручивает. (Пауза) Я стал использовать другие средства, о которых читал.

Доктор: Я спрашивал о том, как болит. Попробуйте описать эти боли. Может быть, как будто иголками колет?

Б.: Игольчатые боли тоже были. По сосудам передается.

Доктор: Вы чувствуете, как сигнал по сосудам проходит?

Б.: Да.

Доктор: Так как болит-то?

Б.: Не очень сильно.

Доктор: Но ощущения-то какие?

Б.: Скорее как иголками колет.

Доктор: Покалывает внутри сосудов?

Б.: Да. Сигнал пришел, и у меня опухали здесь ноги.

Доктор: Вы глазами видели, как опухает или чувствовали?

Б.: Чувствовал.

Доктор: Итак, началось все год назад с болей. А сигналы стали расходиться по организму сразу или попозже?

Б.: Попозже.

Доктор: Насколько позже?

Б.: Месяца через три. Лучше всего действовал «Релиф».

Доктор: Вы стали замечать, что на вас обращают внимание окружающие? **Б.:** На работе. Потому что я похудел, бросил курить, пить.

Доктор: Вы сколько времени уже не работаете?

Б.: Много времени. Когда я вылечусь, я снова пойду на работу.

Доктор: Так, когда вы ушли с работы?

Б.: Я не получаю там денег два-три месяца.

Доктор: Когда вы работали в последнее время, то Вам сложнее стало справляться с вашими служебными обязанностями?

Б.: На самом деле это они так считали, начальство мое.

Доктор. Кем вы работали?

Б.: Менеджер по работе с банками.

Доктор: Вам предложили уволиться?

Б.: Да, предложили проводить меня. Начальник мой.

Доктор: К вам еще соседи по квартире интерес проявляют?

Б.: Да.

Доктор: Когда вы стали это замечать?

Б.: Там какие-то шумы.

Доктор: Как давно стали замечать шумы?

Б.: Когда я использовал мази, то чувствовал, что подглядывают. Это их забавляло.

Доктор: А как они могли подглядывать?

Б.: У нас переборки деревянные, полы, потолки.

Доктор: То есть можно просунуть какие-то устройства, например оптоволоконные?

Б.: Да.

Доктор: Когда стали замечать наблюдение? Ведь не год назад, попозже, наверно?

Б.: Попозже.

Доктор: Насколько позже?

Б.: Когда стал завешивать окна и потолки.

Доктор: Когда Вы стали это делать?

Б.: Мне календарно трудно сказать. Когда стал себе вводить «Проктер энд Гэмбл».

Доктор: Так, когда вы стали это делать?

Б.: После января месяца через два. Просто я решил поехать, и мне поставили там диагноз в институте проктологии.

Доктор: То есть вы по шумам понимали, что следят, и просто чувствовали, что есть слежка?

Б.: Да, после этого я маскировался, завешивал непрозрачной тканью потолок и двери.

Доктор: На улице на вас тоже обращали внимание?

Б.: Да, потому что я похудел и не принимал алкоголь.

Доктор: А как на улице вы замечали внимание к себе? Может быть, косо на вас посматривали?

Б.: Просто мне мешали жить.

Доктор: Кто мешал?

Б.: Какие-то люди, которые как я считаю, хотели заполучить квартиру и создавали проблемы.

Доктор. Что за люди-то?

Б.: Они были наняты через районную управу, там внизу, в моем доме. Там написано, какая-то комната отдыха.

Доктор: В районной управе?

Б.: Да.

Доктор: Почему вы поняли, что именно оттуда всем этим заправляют? **Б.:** Потому что она находится в подвале в моем подъезде.

Доктор: Так, может быть, они и узлы вам сделали геморроидальные?

Б.: Может быть.

Доктор: А как можно это сделать?

Б.: Устройствами электронными.

Доктор: Где они находятся?

Б.: У меня в квартире.

Доктор: Так они на вас воздействовали как-то?

Б.: Нет, они снимали, а потом показывали на телевидении в управе, туда приходили люди, платили за это деньги, чтобы посмотреть.

Доктор: Особенно их веселило, когда вы с узлами с этими боролись?

Б.: Да.

Доктор: Но вы же в ванной, наверно, закрывались?

Б.: Там тоже снимали.

Доктор: Значит, вы в знак протеста витрину в управе разбили?

Б.: Да, в знак протеста.

Доктор: Помогло это?

Б.: Нет, не очень.

Доктор: Сейчас это тоже продолжается?

Б.: Сейчас меньше стало. Мне перед тем, как приехать, нужно было клизму сделать, полтора литра вечером и не обедать.

Доктор: Скажите, а раньше, в прошлые годы у вас были такие состояния, что у вас самочувствие, настроение ухудшалось?

Б.: В общем-то нет. Я хочу объяснить, как возникает заболевание. Я в офисе работал. Там очень мягкие были кресла, сидишь у телефона.

Доктор: Скажите. А вот эти сигналы, которые расходятся по организму, они мышление затрудняют?

Б.: Да.

Доктор: Каким образом?

Б.: Сейчас у них не получается, потому что я перестал их кормить чем- либо. Я стал принимать «Релиф», делать клизмы. Я поехал в институт проктологии. Там все посмотрели и даже засняли все.

Доктор: Так они в институте тоже для кино снимали что ли? Они заодно с теми, из управы?

Б.: Нет, они как медики, их там три человека было.

Доктор: Но они вам плохого ничего не сделали?

Б.: Нет, но они меня поставили в такую позу и вводили мне что-то и поставили мне диагноз. Потом сказали, чтобы я принес им справку из поликлиники о нервах, и тогда они будут меня оперировать.

Доктор: Да, немного нервы стоит подлечить. Ваше состояние изменилось, когда вы стали принимать здесь лекарства?

Б.: Изменилось.

Доктор: Улучшилось?

Б.: Улучшилось.

Доктор: В чем улучшение? Сигналы затормозились? Боли уменьшились?

Б.: Да.

Доктор: В целом стало лучше?

Б.: Да.

Доктор: Вы еще в транспорте общественном боялись ездить. Там вокруг вас какие-то люди подставные постоянно были. Сейчас этого тоже нет?

Б.: Бывает иногда.

Доктор: Кому это надо?

Б.: Я думаю, что это все из-за квартиры.

Доктор: Но конкретно кто, вы не знаете?

Б.: Нет, и не интересуюсь.

Доктор: А видеонаблюдение сейчас продолжается?

Б.: Да, продолжается.

Доктор: Но вы спокойнее стали к этому относиться?

Б.: Да. Потому что я меньше времени стал проводить в ванной.

Доктор: А почему все-таки у них такой интерес к вашим проктологиче- ским проблемам?

Б.: Не знаю. Выбрали бы между собой кого-нибудь и смотрели бы друг у друга и снимали.

Доктор: Когда сверху шумы раздаются, вы как-то реагируете на них? Покрикиваете в ответ?

Б.: Покрикиваю.

Доктор: Они еще на лестнице толкались, разговаривали. О вас разговаривали?

Б.: Да. Я кричал им: «Вот сейчас выйду! Козлы!»

Доктор: А они в ответ что?

Б.: Ничего. Разбегались.

Доктор: Это ночью происходило?

Б.: Поздно вечером.

Доктор: Вы напрямую с ними не контактировали?

Б.: У меня там нет друзей.

Доктор: На работе перед тем, как вы уволились, к вам начальство претензии предъявляло?

Б.: Да.

Доктор: Весь предыдущий год или и раньше было?

Б.: Нет. То, что надо, я выполнял. Это началось, когда я не смог выходить на работу, когда мне поставили диагноз в институте проктологии, летом.

Доктор: Вы этого шпиона, который высовывается из прямой кишки, видели когда-нибудь или только на ощупь?

Б.: На ощупь. Я мог его тянуть немного.

Доктор: Так он живой?

Б.: Живой.

Доктор: Это часть вашего организма?

Б.: Это часть этих узлов.

Доктор: Но узлы — это часть вашего организма?

Б.: Это часть вен.

Доктор: Но получается, что они там живут своей жизнью.

Б.: Да.

Доктор: У вас не бывало такого ощущения, что мысли путаются?

Б.: Нет.

Доктор: Но вы же говорили, что эти сигналы затрудняют мыслительный процесс.

Б.: Нет, они речь затрудняют.

Доктор: И искусственные ощущения создают, так?

Б.: Да, они создают.

Доктор: А в целом эти узлы вами управляют?

Б.: Да, управляли.

Доктор: А процессом мышления они управляли, какие-нибудь искусственные мысли вызывали?

Б.: Нет.

Доктор. А вы им в ответ создавали помехи —диетами, мазями и т.д.?

Б.: Да.

Доктор: Боролись с ними, но с переменным успехом?

Б.: Нет, с успехом.

Доктор: Скажите, это все между собой как-то взаимосвязано — эти узлы, управа, то что на работе происходило, это одна система?

Б.: Нет, это все разное.

Доктор: Ну как же, ведь за вами же подсматривали из управы, это же с геморроем связано?

Б.: Им сейчас уже стало наплевать.

Доктор: Скажите, у вас в прошлом с самочувствием нечто подобное когда-нибудь было или это в первый раз?

Б.: В первый раз.

Доктор: Ну понятно, что с узлами у вас это год назад началось — боли и так далее. А до этого были ухудшения самочувствия? Например, затруднения мыслительного процесса.

Б.: Да, было.

Доктор: Насколько раньше все это началось? За год, два?

Б.: Нет, за месяц. Я бросил курить, стал принимать всякие лекарства.

Доктор: Так это когда уже узлы появились или все-таки раньше?

Б.: Вообще я был довольно смышленым человеком по жизни.

Доктор: Вы не ответили на мой вопрос. Год назад началось с узлами, а общее ухудшение самочувствия когда началось? Вы стали ощущать себя не так, как прежде, уставать. Насколько раньше все это началось?

Б.: С начала 2003 года.

Доктор: Что стали ощущать? Упадок сил, ощущения неприятные?

Б.: Я прочитал в газете, что специальным составом обрабатывают слизистую оболочку рта, чтобы сигналы на мозг не действовали.

Доктор: Я вам задал простой вопрос, когда началось ухудшение самочувствия?

Б.: Это не простой вопрос.

Доктор: Ну, хорошо, вы же сами сказали, год назад начались боли, а за год до этого началось ухудшение общего самочувствия. Труднее стало работать?

Б.: Труднее стало работать, стало изменяться самочувствие.

Доктор: И тогда вы стали интересоваться своим здоровьем? Вы бросили курить, выпивать. Диеты стали применять?

Б.: Да, стал диеты применять. Потом понял, что болезнь какая-то.

Доктор: Поняли, что это геморрой?

Б.: Да, я поехал, сделал анализы.

Доктор: И они подтвердили ваши сомнения?

Б.: Они поставили мне диагноз. Там были три человека.

Доктор: За какой период времени вы похудели?

Б.: Я худел постоянно.

Доктор: В наибольшей степени за последний год?

Б.: Да.

Доктор: Скажите, в плане психологическом, психическом, вы здоровый человек?

Б.: Да.

Доктор: То есть у вас только эти физические проблемы?

Б.: Да.

Доктор: То есть вам эти узлы проктологи удалят, и у вас снова будет все хорошо, вы сможете хорошо работать?

Б.: Да.

Доктор: Сейчас сделаем небольшой перерыв и продолжим разговор.

Кататонический и гебефренический синдромы. *Кататонический синдром.*Различают кататонический ступор и кататоническое возбуждение.

Кататонический ступор характеризуется обездвиженностью, сопровождающейся мутизмом (отсутствием речевого контакта — от больного невозможно получить ответы на вопросы) и повышением мышечного тонуса. Выделяется несколько этапов развития кататонического ступора. Субступорозное состояние — обеднение двигательной инициативы, замедленность и уменьшение объема движений, оскудение мышления и речи. Кататоническая заторможенность, в отличие от нейролептической (побочное действие некоторых психотропных препаратов), не отражается в сознании больных, не тяготит их и не фигурирует в жалобах на самочувствие. Ступор с восковидной гибкостью — обездвиженность с застыванием в различных позах. Не реагируя на обращенную к ним речь, больные не оказывают сопротивления попыткам придать их телу то или иное положение. Приданная им поза может сохраняться в течение длительного времени. Оцепенение может наступить в любой момент, фиксируя пациента в самой неудобной позе или прерывая его речь и действие. Ступор с негативизмом — обездвиженность с мышечной гипертонией и невольным противодействием больных всяким попыткам извне изменить положение частей их тела. Ступор с оцепенением — обездвиженность с застыванием в эмбриональной позе и резким мышечным напряжением.

Кататоническое возбуждение в отличие от депрессивного, бредового, галлюцинаторного, маниакального носит немотивированный и бессмысленный характер. При этом совершаются не связанные между собой, разрозненные автоматизированные действия, обращенные вовне, а также на себя. Различают несколько видов кататонического возбуждения. Растерянно-патетическое — с выразительными движениями, разорванностью мышления, речи и растерянностью. Пациенты очень подвижны, громко и непонятно говорят, декламируют, выкрикивают приветствия, здравицы и призывы, свистят, бранятся, маршируют, танцуют и выполняют гимнастические упражнения, кричат, хохочут, совершают различные предметные действия и т.д. При гебефреническом преобладают дурашливость, нелепые действия, немотивированная веселость. Импульсивное — поведение определяется немотивированными, внезапными действиями разрушительного и агрессивного характера.

Гебефренический синдром характеризуется немотивированной, пустой веселостью, повышенной поведенческой активностью, двигательным возбуждением с нелепыми и импульсивными действиями, а также

различными моторными проявлениями: утрированные жесты, гримасы, кривляние, коверкание слов, что обусловливает впечатление нарочитой дурашливости. Может наблюдаться речевое возбуждение с шизофазией, разорванность мышления, случаются отрывочные галлюцинации, бред. У больных отмечается пренебрежение морально- этическими нормами, они становятся эмоционально холодными, жестокими, сексуально расторможенными. Быстро прогрессирует эмоциональное опустошение, иссякает позитивная направленность побуждений, очень скоро наступает распад личности. Встречается в основном в рамках злокачественной шизофрении в подростковом возрасте.

Синдромы помрачения сознания — преходящие, кратковременные (часы, дни, иногда недели) нарушения психической деятельности, для которых характерны такие признаки, как частичная или полная отрешенность от окружающей действительности; нарушение рационального познания с выключением или дезорганизацией мышления и нарушением способности суждений; дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах, собственной личности; полное или частичное запамятование происходивших событий.

Оглушение — легкая степень помрачения (угнетения[1]) сознания с обеднением психической деятельности. При легких степенях преобладают вялость и пассивность, движения замедленны, речь обеднена. В состоянии оглушения только интенсивные раздражители вызывают ответную реакцию и могут привлечь внимание больных. Вопросы воспринимаются не сразу, неполно, значение сложных вопросов не понимается. Ответы односложны, неточны, обычно следуют после длительной паузы. Ориентировка неполная либо отсутствует. Больным трудно сосредоточиться, дать нужный ответ, о чем-либо спросить. Они плохо осмысляют происходящее. Настроение безразличное или с оттенком беспечности. Больные находятся в дремотном (сомнолентном) состоянии. При дальнейшем нарастании угнетения сознания оглушенность может перейти в сопор — глубокий, патологический сон, при котором нередко отсутствуют реакции даже на физические раздражения (уколы и т.п.), а затем в кому, во время которой нарушаются рефлекторные функции.

Делирий (делириозный синдром) — галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием различных нарушений восприятия: истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий, сочетающихся с образным бредом, двигательным возбуждением. Это наиболее частая форма помрачения сознания. В продроме отмечаются наплывы образных сценоподобных воспоминаний. Настроение крайне изменчиво, наблюдается быстрая смена проявлений страха, ужаса, удивления, любопытства, возмущения, отражающая содержание обманов восприятия. Преобладают отрицательные эмоциональные реакции. При развернутом делирии наблюдаются наплыв зрительных, в ряде случаев

сценоподобных, галлюцинаций, разнообразные зрительные иллюзии и парейдолии. Больные подвижны, суетливы, постоянно чем-то лихорадочно заняты, прячутся, убегают, нападают, защищаются и т.д. Высказывания отрывочны, непоследовательны, иногда состоят лишь из отдельных слов или выкриков. Характерно наличие бредовых высказываний, отражающих содержание зрительных галлюцинаций (галлюцинаторный бред).

Могут возникать слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, расстройства схемы тела. Сознание своего «Я» сохранено, но в обстановке больные ориентированы ложно (пребывая в больнице, считают, что находятся на «фабрике, заводе» и т.д.). Периодически возникают так называемые светлые промежутки, во время которых расстройства значительно ослабевают в своей интенсивности. При углублении помрачения сознания галлюцинации, иллюзии, бред и другие расстройства ослабевают, а начинает преобладать двигательное возбуждение со стереотипными действиями в форме обыденных, привычных поступков, иногда имеющих отношение к профессии (профессиональный делирий). Характерны колебания интенсивности делириозных явлений с усилением их вечером и ночью и ослаблением днем. Кратковременные прояснения сознания можно наблюдать во время беседы с больными. Воспоминания о периоде помрачения сознания отрывочны, иногда наблюдается полная амнезия.

Онейроид (онейроидный синдром) — сновидное, фантастически- бредовое помрачение сознания. Характеризуется обилием полиморфной психопатологической симптоматики. Наблюдаются непроизвольное течение ярких представлений (грезы, образный ментизм), сценоподобные галлюцинации и псевдогаллюцинации, фантастические бредовые идеи, аффективные нарушения, явления деперсонализации и дереализации. Вначале существует иллюзорное восприятие окружающего, сочетающееся с фантастическими представлениями. При развернутом, полном онейроиде происходит наплыв непроизвольно возникающих в сознании ярких и фантастических зрительных псевдогаллюцинаций, которые то полностью овладевают сознанием больного, то причудливо сочетаются с отдельными картинами окружающей обстановки. Преобладает заторможенность, реже, на короткие периоды, возникает возбуждение. Позже, по прошествии психоза, больные рассказывают, что в те периоды они были свидетелями и действующими лицами грандиозных событий (межконтинентальные и межпланетные путешествия, картины звездных войн, гибели миров и т.д. Рассказы о пережитом могут быть отрывочны, но нередко представляют собой обстоятельные, со многими деталями повествования.

Аменция (аментивный синдром) — помрачение сознания с инко- герентным мышлением, бессвязной речью, растерянностью и аффектом недоумения. Наблюдается также быстрая и беспорядочная смена внешних проявлений различных эмоций; глубокая дезориентировка в собственной личности и

окружающем с последующей тотальной кон- градной амнезией. Могут отмечаться разрозненные галлюцинации, несвязные бредовые идеи, маниакальные и депрессивные аффекты, делириозные, онейроидные эпизоды, предшествующие наступлению собственно аментивной спутанности. Речь состоит из отдельных, не связанных по смыслу слов. Двигательное возбуждение обычно ограничено пределами постели, с распадом сложных двигательных функций. У больных легко наступает утомление, и они на время замолкают.

Отмечаются астенические явления по выходе из психотического состояния. Продолжительность аменции — от нескольких дней до недель.

Сумеречное помрачение сознания. Обычно развивается внезапно, характеризуется скоротечностью (минуты, часы) и так же неожиданно исчезает, завершаясь, как правило, глубоким сном. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется только глубокой дезориентировкой в месте, времени, собственной личности с сохранностью привычного автоматизированного поведения, непроизвольным блужданием («амбулаторный автоматизм»). В других случаях отмечается двигательное возбуждение с аффектами страха, злобы, отмечаются устрашающие зрительные галлюцинации, бредовые переживания. В таком состоянии больные могут совершать жестокие правонарушения. Встречаются сумеречные расстройства сознания с сохранностью элементарной ориентировки в месте, окружающей обстановке. С такими больными можно вступить в разговор, получить у них ответы на простые вопросы. После выхода из расстройства обычно отмечается полная амнезия психотического периода либо сохраняется смутное воспоминание отдельных эпизодов, которые затем забываются (ретарди- рованная амнезия). Следует отметить, что в современных классификациях такой диагностической рубрики нет. Обычно подобные состояния возникают у лиц с признаками резидуально-органических психических расстройств, при воздействии дополнительных вредностей (переутомление, недосыпание, прием алкоголя).

Можно выстроить иерархию глубины поражения интегративных функций психической деятельности. Так, онейроид последовательно усугубляется по цепочке нарушений сознания: делирий, сумеречное помрачение сознания, аменция, оглушение. В таком же порядке происходит обеднение, оскудение субъективных переживаний, витализация психических нарушений. Возможны комбинации и переходы от одной формы к другой. Например, переход онейроида к делирию или аменции свидетельствует об утяжелении состояния. Сумеречное помрачение, наступающее после оглушения, говорит о динамике в обратном направлении. Конечным этапом утяжеления всех форм помрачения является угнетение интегративных психических функций — оглушение сознания, далее — сопор и кома.

Припадки (пароксизмы) — внезапно развивающиеся непродолжительные состояния помрачения сознания различной глубины, сочетающиеся с двигательными нарушениями, в первую очередь в форме различных судорог. Различают генерализованные, фокальные (парциальные, локальные) и неклассифицируемые припадки. Припадки наблюдаются при эпилепсии, в клинической структуре текущих органических заболеваний головного мозга (эпилептический синдром), а также как выражение неспецифической реакции организма на экстремальные воздействия (эпилептическая реакция).

Большой эпилептический (*тонико-клонический) припадок.* Нарушения развиваются в определенной последовательности. Припадку может предшествовать продром — общее недомогание, разбитость, головные боли, изменение настроения, продолжающиеся часы, сутки. Приблизительно в 50% случаев у больных бывают предвестники эпилептического припадка в виде ауры (от греч. *aura* — ветерок, дуновение). Аура может быть самой разнообразной в зависимости от того, в каком участке мозга локализуется так называемая эпилептогенная зона. Различают сенсорные, моторные, вегетативные и психические ауры. Из различных видов *сенсорных аур* наиболее часто встречаются обонятельные, зрительные, слуховые и вкусовые. Больной перед началом припадка может испытывать ощущение какого-то запаха, иногда необычного по своему характеру. Обонятельная аура может комбинироваться с ощущением вкуса (горечь, привкус металла). Зрительная аура может носить разнообразный характер — происходит сужение поля зрения, искажение формы предметов, их величины (макро- и микроп- сии). Иногда припадок ограничивается только этим расстройством.

В первой, тонической, фазе наблюдается внезапная потеря сознания, тоническое напряжение произвольной мускулатуры, падение, сопровождаемое громким криком. Отмечается остановка дыхания, нарастающая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сменяющаяся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Возможны прикусы языка, губ, щек. Фаза тонических судорог продолжается 30—60 секунд. Во второй фазе тонические судороги сменяются клоническими. Дыхание восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Изо рта выделяется пена, нередко окрашенная кровью. Возможна непроизвольная потеря мочи, кала, семени. Сознание глубоко помрачено. Вторая фаза длится до двух-трех минут. В третьей фазе — эпилептической комы выявляются мышечная гипотония, патологические рефлексы, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Кома постепенно сменяется сопором, затем следует глубокий, иногда продолжительный сон. Вслед за припадком часто выявляются послепри- падочные расстройства: признаки оглушенности сознания, дисфория, разбитость, головная боль, вялость, сонливость. Иногда бывают эпизоды сумеречного помрачения сознания. Воспоминаний о припадках не сохраняется. Если большой судорожный припадок

ограничивается какой-нибудь одной фразой судорог или же они не выражены в своих проявлениях, то говорят об *абортивных* припадках.

Припадки Джексона (частичные эпилептические припадки) встречаются при симптоматической эпилепсии в тех случаях, когда очаг поражения локализуется в височной доле. Припадок начинается с тонических или клонических судорог одной половины тела, захватывающих вначале пальцы рук или ног. Глазные яблоки, голова и туловище поворачиваются при этом в одну сторону (адверсивный припадок), сознание утрачивается только на высоте припадка, когда судороги распространяются и на другую половину тела.

Диэнцефалъные (*вегетативные*) *припадки* характеризуются внезапным появлением озноба, тахикардии, потливости, слюнотечения.

Лицо бледнеет или краснеет. Повышается артериальное давление. У больных возникает ощущение шума в ушах, головокружение, чувство дурноты, сопровождаемые выраженным аффектом страха. Продолжительность припадка — от нескольких минут до одного-двух часов. После завершения пароксизма отмечается резкая слабость, может возникнуть позыв на мочеиспускание, дефекацию, чувство голода или жажды.

Истерический припадок сопровождается двигательными расстройствами без истинного судорожного компонента. Возникает после психогенных воздействий. Падение (оседание на пол) больного происходит плавно, без телесных повреждений. Двигательные расстройства проявляются в ритмичных движениях рук и ног в плечевых и тазобедренных суставах с одновременным выгибанием и опусканием тела. Нередко во время припадка больные начинают выгибаться, опираясь только на голову и пятки («истерическая дуга»). Припадок может сопровождаться катанием по полу, криками, рыданиями, скрежетом зубов, разрыванием одежды. Глазные яблоки обычно закатываются, что делает затруднительным проверку реакции зрачков на свет. Присутствие посторонних людей усиливает проявления истерического припадка, делает его более выразительным и продолжительным — до часа и более. Резкие внешние воздействия (обливание холодной водой, болевые, громкий звук и т.д.) могут прервать припадок. Воспоминания о периоде припадка обычно фрагментарны. После припадка чаще всего больные испытывают вялость, разбитость.

Синдромы интеллектуально-амнестических расстройств. *Корсаковский*(*амнестический*) *синдром.* Определяется триадой психических нарушений: амнезией, дезориентацией и конфабуляциями. Амнестические расстройства проявляются в полном или частичном нарушении памяти на текущие события (фиксационная амнезия) при относительно лучшем воспроизведении событий и навыков прошлого. Наблюдается амнестическая

дезориентировка во времени и окружающем. Нередки замещающие конфабуляции обыденного содержания. Могут возникать наплывы конфабуляции в виде эпизодов конфабуляторной спутанности. Формальные процессы мышления поражаются в несколько меньшей степени. Так, пациент после еды тут же о ней забывает, однако способен сносно играть в шахматы. Критика к болезни, в частности в отношении расстройств памяти, как правило, наблюдается, однако больные стремятся примитивными приемами, например обтекаемыми ответами, скрыть мнестический дефект.

Выявляются повышенная истощаемость, вялость, адинамия. Фон настроения может быть апатическим, подавленным, эйфорическим. В случае прогрессирования болезни к фиксационной амнезии присоединяется амнезия ретроградная. Выделяют непродуктивный вариант корсаковского синдрома — фиксационная амнезия с благодушным настроением, но без конфабуляций. Корсаковский синдром наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах, инфекцион-

ззо ных заболеваниях, сосудистых процессах (нарушения васкуляризации в области гиппокампа, лимбических структур).

- [1] К выраженным степеням угнетенного сознания относятся сопор и кома, при которых отсутствуют какие-либо психические функции (при сопоре могут быть их элементарные проявления). Состояния угнетенного сознания следует рассматривать отдельно,но с прикладной точки зрения оглушение относится к ряду форм помрачения сознания.

Синдромы деменции.

Под деменцией подразумевают приобретенное слабоумие, возникающее в результате перенесенных заболеваний (в отличие от врожденного слабоумия — умственной отсталости). В зависимости от нозологической природы заболевания выделяют сенильное, паралитическое, травматическое, эпилептическое и другие формы слабоумия. По степени выраженности выделяют слабоумие тотальное, или полное, и слабоумие частичное (лакунарное, очаговое). Деление деменции на парциальную и тотальную диктуется практическими соображениями и носит условный характер. Тотальное слабоумие проявляется нарушением высших психических функций, включая внимание, память, мышление, ориентировку, понимание, счет, суждения, речь, способность к обучению. Мышление обеднено и непродуктивно. Преобладают безразличие или беспечность. Прежние индивидуальные особенности характера утрачиваются. Сознание не изменено, однако критическое отношение к болезни отсутствует (анозогнозия). Если раньше наблюдались различные позитивные симптомы,

т.е. психические расстройства, то теперь их нет. Остаются только «развалины душевной организации».

При частичном (лакунарном) слабоумии отмечается неполное снижение критики, суждений, памяти. Как правило, имеется критическое отношение к психическим изменениям, но больные стремятся преуменьшить их перед окружающими. У больных преобладает пониженное настроение со слезливостью. Сохраняются основные, присущие прежней личности черты характера («фасад личности»). Примером является слабоумие при сосудистых заболеваниях головного мозга.

В психиатрической литературе получил широкое распространение термин *психоорганический синдром.* Он характеризуется следующей триадой признаков: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов. Часто наблюдаются астенические явления. Нарушение памяти в той или иной степени затрагивает все ее виды. С наибольшим постоянством выявляется гипомнезия, в частности дис- мнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Страдает качество восприятия, в ситуации улавливаются лишь частные детали. Ухудшается ориентировка, вначале в окружающем, а затем и в собственной личности. Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений, слабостью суждений, неспособностью адекватно оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен, торпидность мышления сочетается со склонностью к детализации, персеверациям. Это симптомокомплекс нарушений памяти, интеллекта и эмоций. Для большинства болезней, сопровождаемых психоорганическим синдромом, характерна астения. В зависимости от нозологической природы заболевания, определяющего психоорганический синдром, нарушения сочетаются друг с другом в различных соотношениях.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Перечислите симптомы нарушения процессов восприятия.
- 2. Назовите симптомы нарушения мышления.
- 3. Перечислите симптомы нарушения эмоций.
- 4. Охарактеризуйте симптомы нарушения памяти.
- 5. Назовите симптомы нарушения воли и влечений.
- 6. Раскройте содержание и перечислите виды невротических синдромов.
- 7. Охарактеризуйте эмоциональные (аффективные) синдромы.
- 8. Опишите галлюцинаторные синдромы.
- 9. Раскройте содержание и перечислите виды бредовых синдромов.
- 10. Охарактеризуйте кататонический и гебефренический синдромы.
- 11. Назовите синдромы помрачения сознания.

- 12. Перечислите синдромы интеллектуально-амнестических расстройств.

Литература

Березанцев А. Ю. Некоторые проблемы общей психопатологии в контексте научного наследия Т. П. Печерниковой // Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой. М., 2009. С. 45—55.

Вертоградова О. П. Психопатологические аспекты острого бреда // Вопросы общей психопатологии. М., 1976. С. 63—70.

Выготский Л. С. К проблеме психологии шизофрении // Сов. невропатология, психиатрия и психогигиена. 1932. Т. I. Вып. 7. С. 352—364.

Гуссерль Э. Амстердамские доклады. Феноменологическая психология // Логос. 1992. № 3. С. 62—80.

Гуссерль Э. Картезианские размышления. М. : Наука, 2001.

Жмуров В. А. Психопатология. М.: Медицинская книга ; Н. Новгород: НГМА, 2002.

Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. М. : Медицинская книга, 2007.

Кондратьев Ф. В. Особенности самосознания больных шизофренией (к проблеме мотиваций агрессивного поведения психически больных) // Агрессия и психические расстройства. М., 2006. Т. 1. С. 80—103.

Корсаков С. С. Общая психопатология. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2003.

Снежневский А. В. Общая психопатология. М. : МЕДпресс-информ, 2010.

ТигановА. С. Общая психопатология: курслекций. М.: Медицинское информационное агентство, 2008.

Huber L. W. (1954 bis 1963) // Fortschr Neurol Psychiatr. 1964. Bd. 32. H. 9.

S. 429—489.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • основные диагностические рубрики международной классификации психических и поведенческих расстройств;
- • принципы построения международной классификации психических и поведенческих расстройств;

уметь

- • определять основные диагностические рубрики международной классификации психических и поведенческих расстройств;
- • выделять принципы построения международной классификации психических и поведенческих расстройств;
- • устанавливать достоинства и недостатки международной классификации психических и поведенческих расстройств;

владеть

• навыками соотнесения наиболее характерных проявлений нарушений психической деятельности с диагностическими разделами международной классификации психических и поведенческих расстройств.

Классификации, составляющие предмет научной дисциплины, отражают этап ее развития, уровень достижений, теоретическую и методологическую направленность, а также имеют большое значение для ее дальнейшего развития. Это определяется тем, что выделяемые диагностические единицы не только используются для диагностики заболевания, но и отражают современные представления об этиологии (причинах), характере и прогнозе конкретного расстройства.

Принципы классификации психических расстройств за длительный период развития психиатрии существенно эволюционировали. На начальных этапах систематика психических заболеваний строилась на констатации у больного отдельных проявлений психических расстройств (симптоматический принцип). По мере развития психиатрии как медицинской дисциплины накапливались знания о клинических проявлениях заболеваний, их устойчивых сочетаниях и внутренних взаимосвязях наблюдаемых болезненных расстройств. Таким образом, симптоматический метод диагностики сменился синдромологическим — учитывалась вся совокупность психических нарушений, выявленных у больного на период обследования. В дальнейшем были изучены данные об особенностях динамики и исхода определенных психопатологических состояний, патобиологические причины отдельных психических расстройств.

Э. Крепелин создал нозологическую классификацию психических расстройств, которая соответствовала принципам медицинской модели соматической патологии с определенной этиологией, клиникой и исходом для каждого заболевания (идеальной моделью в этом плане является

прогрессивный паралич — сифилитическое поражение мозга, где известны причины, изучены клиника и исходы заболевания). Однако систематика Э. Крепелина была встречена критическими замечаниями, а в некоторых странах даже отвергнута. Многие клиницисты отмечали, что развитие психических расстройств и их клинические проявления нередко не соответствовали принципам данной классификации. Так, психические расстройства, возникающие в связи с внешними вредностями (экзогенные расстройства, т.е. обусловленные действием извне), при различном характере внешних воздействий нередко давали сходные клинические картины. Например, различные инфекции, интоксикации (в том числе алкогольная), черепно-мозговые травмы вызывают схожие психические расстройства — зрительные и слуховые галлюцинации, интеллектуально-мнестические нарушения, расстройства сознания и т.д. При этом, наоборот, схожие внешние воздействия могут вызвать различные последствия для психического здоровья человека. Эндогенные (обусловленные действием изнутри) психические расстройства, механизм возникновения которых до сих пор до конца неясен (хотя и доказано важное значение для их возникновения наследственной отягощенности и частично изучены нейрохимические механизмы развития) различны по своим клиническим проявлениям и исходу. Это побудило специалистов во многих странах к созданию своих национальных классификаций психических расстройств, порой значительно отличающихся друг от друга.

Тем не менее заслуга Э. Крепелина в создании основы современной систематики психических расстройств велика. Он призывал ученых-психиатров в вопросах систематики быть последовательными и убедительными, ссылаясь на К. Линнея, который систематизировал растения. Считая «ботанический принцип» классификации в отношении психических заболеваний адекватным, Э. Крепелин, однако, понимал, что психиатрия не имеет такой основательной биологической базы, как ботаника. И тем не менее он упорно работал над усовершенствованием классификации психозов, выделяя новые классы болезней и их виды (типы). Примером может служить «раннее слабоумие» с его отдельными формами (кататонической, гебефренической, простой, ранней, параноидной). Важно, что такое понимание заболевания восстановлено и в современной американской психиатрической классификации DSM-IV, а также в МКБ-10, хотя позднее Э. Блейлер, введя термин «шизофрения», расширил представление об этой болезни.

Отсутствие надежных знаний об этиологии и патогенезе многих психических расстройств создает особые трудности в выборе наиболее значимых признаков для построения классификации. Их выбор преимущественно определяется на основе прикладной значимости, что неизбежно делает классификацию эклектичной. Данный дефект в построении классификаций психических расстройств до сих пор не преодолен ни одной национальной

классификацией, в том числе и МКБ 10-го пересмотра. К предпосылкам, на которых обычно основываются классификации, относятся: возраст пациента при начале болезни, психопатологические и клинические особенности заболевания, этиологические факторы, патогенез болезни и т.д.

Психиатрическая терминология отличается от терминологии других медицинских дисциплин особой сложностью. Причины этого — недостаточные знания о природе психических расстройств, обилие терминов, заимствованных из психологии, наличие большого числа терминов, сходных по своему значению, но различно понимаемых. Создатели МКБ-10 ориентировались в первую очередь на практическое удобство при ее использовании и на максимально возможный уровень воспроизводимости результата независимо от опыта и теоретических воззрений конкретного врача. Поэтому МКБ-10 существенным образом отличается от классификации предыдущего пересмотра — МКБ-9. Она значительно превышает предыдущую версию по объему, а число диагностических категорий в МКБ-10 увеличилось с 30 до 100. В определенном смысле это является шагом назад — от нозологического принципа диагностики к синдромальному, хотя и определяется задачами максимальной дифференциации и учета психической патологии и необходимостью унификации диагностических категорий на международном уровне. Последнее заставило отказаться от использования любых понятий, не имеющих точных, одинаково принимаемых в различных странах определений. Поэтому в классификации не используются такие термины, как «эндогенный» и «экзогенный», «невроз» и «психоз». Само понятие «болезнь» заменено более широким термином «расстройство».

МКБ-10 не отрицает в целом идеи нозологической классификации: в частности, используются такие общепринятые нозологические единицы, как «шизофрения», «органические расстройства», «реакция на стресс». Однако такой принцип сохраняется только при условии, что он не вызывает существенных разногласий между национальными психиатрическими школами. Кратко изложим основные принципы построения этой классификации психических расстройств.

МКБ-10 задумана как центральная («ядерная») классификация для группы классификаций по проблемам болезней и здоровья. Некоторые классификации из этой группы были сформированы за счет использования пятого или даже шестого знака для большей детализации. В других классификациях категории объединены для того, чтобы получить более широкие группы, пригодные для использования, например, в первичном здравоохранении или общей медицинской практике. Имеется многоосевой вариант класса V(F) МКБ-10, а также специальная версия для детской психиатрической практики и исследований в этой области. Группа классификаций включает также те, которые учитывают информацию, не

содержащуюся в МКБ, но имеющую важное значение для медицины или здравоохранения, например классификацию инвалидности, классификацию медицинских процедур и классификацию причин для контактов пациентов с работниками здравоохранения.

МКБ-10 состоит из десяти блоков, каждый из которых включает отдельные психические заболевания, варианты этих психических заболеваний и психопатологические синдромы.

Существенной особенностью МКБ-10 является подробная характеристика каждого раздела психических расстройств, стремление найти для них общие предпосылки, на основании которых они включены в этот блок. Приводятся основные клинические характеристики каждого вида психических расстройств (болезней), их отдельных форм, вариантов психопатологических синдромов, включенных в соответствующую рубрику. Сформулированы диагностические и дифференциально-диагностические критерии каждой диагностической категории. Все это способствует единообразию диагностики психических расстройств, что необходимо для сопоставимости клинических данных, создания единой базы для изучения эпидемиологии психических расстройств и научных исследований в целом. Вместе с тем и эта классификация несовершенна. Она основывается на ряде разноплановых предпосылок: этиологических факторах, психопатологических, патогенетических, социальных и т.д., в отличие от медицинской модели болезни, базирующейся на этиологических и клинико-морфологических признаках.

Ниже приводится перечень диагностических рубрик МКБ-10 (указанные в классификации коды-шифры используются для статистической обработки).

F0. Органические, включая симптоматические, психические расстройства. Эти психические расстройства сгруппированы вместе на основании того, что они имеют общую, четкую этиологию, заключающуюся в церебральных заболеваниях, мозговых травмах или других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции. Последняя может быть: первичной, как при некоторых заболеваниях, травмах и инсультах, которые поражают мозг непосредственно или предпочтительно; или вторичной, как при системных заболеваниях и расстройствах, которые поражают мозг только как один из многих органов или систем организма. Сюда же включены и психические расстройства при эпилепсии.

F1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголя, наркотических и других средств). Данный раздел включает весьма разнообразные расстройства, тяжесть которых варьирует (от неосложненного опьянения и употребления ПАВ с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и

деменции), но при этом все они вызваны употреблением одного или нескольких ПАВ, которые могут быть предписаны врачом.

F2. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

Шизофрения в этом блоке является ведущим психическим расстройством. Шизофренические расстройства в целом характеризуются фундаментальными и определенными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Как правило, сохраняются ясное сознание и интеллектуальные способности, хотя с течением времени могут появиться некоторые когнитивные нарушения. Расстройства, свойственные шизофрении, поражают фундаментальные функции, которые придают нормальному человеку чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности. Другие психические расстройства, ранее включавшиеся в шизофрению в виде ее форм, теперь рассматриваются отдельно. Шизотипи- ческое расстройство обладает многими признаками шизофрении и, по-видимому, между ними имеется генетическая общность, однако при этом варианте нет грубых поведенческих расстройств, галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Кроме того, указывается, что многие бредовые психические расстройства не связаны с шизофренией, хотя их трудно отграничить от нее на ранних стадиях. Они подразделяются на острые и хронические бредовые расстройства.

F3. Аффективные расстройства настроения. Это расстройства, при которых основное нарушение заключается в изменении аффекта или настроения обычно в сторону угнетения (с сопутствующей тревогой или без нее) или подъема. Изменение настроения, как правило, сопровождается изменением общего уровня активности, а большинство других симптомов либо вторичны, либо легко понимаются в контексте этих изменений настроения и активности. Большинство из этих расстройств имеют тенденцию к повторяемости, а начало отдельных эпизодов часто связано со стрессовыми событиями или ситуациями. В данный раздел входят расстройства настроения во всех возрастных группах, включая детство и подростковый возраст.

F4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. В этот блок включены ряд пограничных психических расстройств, описываемых ранее под термином «неврозы». Вместе с тем сюда же относятся некоторые формы острых психических расстройств, возникающих в виде острых реакций на стресс (аффективно-шоковые). Другие психотические варианты психогенных реакций — параноидные и депрессивные — включены в иные разделы. Отдельно рассматривается группа психических расстройств, именуемая как соматоформные, когда больные высказывают жалобы соматического характера, порой

имитирующие соматические заболевания при отсутствии органических изменений внутренних органов.

F5. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами. Группа психических нарушений в связи с физиологическими дисфункциями различных систем организма включает расстройства питания (нервная анорексия и нервная булимия), сна, сексуального функционирования и т.д.

F6. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. Этот раздел содержит ряд клинически значимых состояний, поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственного индивидууму стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Некоторые из этих состояний и типов поведения появляются рано, в процессе индивидуального развития как результат влияния конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются позднее. В рассматриваемый блок психических расстройств входят формы психической патологии, описываемые ранее как психопатии, включая и нарушения влечений.

F7. Умственная отсталость (олигофрения). Умственная отсталость — это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень развития интеллекта, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Отсталость может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Однако у умственно отсталых может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них по меньшей мере в 3—4 раза выше, чем в общей популяции.

F8. Нарушение психологического развития. Данный раздел включает различные варианты нарушения психологического развития, в том числе у детей. Эти нарушения имеют тенденцию к уменьшению с возрастом. Они начинаются обязательно в младенчестве или в детстве; характеризуются повреждением или задержкой в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; имеют постоянное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

F9. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте. Сюда включены главным образом поведенческие и эмоциональные расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте.

Ниже приводится сокращенный список основных рубрик МКБ-10.

Классификация психических и поведенческих расстройств (список рубрик гл. V МКБ-10)

F0. Органические, включая соматические, психические расстройства:

F00 — деменция при болезни Альцгеймера;

F01 — сосудистая деменция;

F02 — деменция при других болезнях (Пика, Крейтцфельдта — Якоба, Гентингтона, Паркинсона, ВИЧ и др.);

F03 — деменция неуточненная;

F04 — амнестический (корсаковский) синдром неалкогольный;

F05 — делирий неалкогольный;

F06 — другие расстройства (галлюциноз, бред, кататония и пр.); F07 — органическое расстройство личности и поведения;

F09 — неуточненные.

F1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ:

F10 — алкоголь;

F11 — опиаты;

F12 — конопля;

F13 — седативные и снотворные средства;

F14 — кокаин;

F15 — психостимуляторы и кофеин;

F16 — галлюциногены;

F17 — табак;

F18 — летучие растворители;

F19 — другие или сочетание указанных выше.

Характер расстройства обозначается 4-м знаком:

F1*.0 — острая интоксикация;

Fl*.l — употребление с вредными последствиями;

Fl*.2 — синдром зависимости;

Fl*.3 — состояние отмены;

Fl*.4 — состояние отмены с делирием;

Fl*.5 —другой психоз (галлюциноз, параноид, расстройства настроения) ;

Fl*.6 — амнестический (корсаковский) синдром;

Fl*.7 — резидуальное психическое расстройство (деменция; расстройство личности и др.);

Fl*.8 — другие психические и поведенческие расстройства;

Fl*.9 — неуточненные.

F2. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства:

F20 — шизофрения; в частности, выделяют формы:

F20.0 — параноидная;

F20.1 — гебефренная;

F20.2 — кататоническая;

F20.3 — недифференцированная;

F20.4 — постшизофреническая депрессия;

F20.5 — резидуальная;

F20.6 — простая;

F20.8 — другие;

F20.9 — неуточненная;

Кроме того, выделяют типы течения:

F20.*0 — непрерывный,

F20.*l — эпизодический с нарастающим дефектом,

F20.*2 — эпизодический со стабильным дефектом,

F20.*3 — эпизодический ремиттирующий,

F20.*4 — неполная ремиссия,

F20.*5 — полная ремиссия,

F20.*8 — другой,

F20.*9 — период наблюдения менее года;

F21 — шизотипическое расстройство;

F22 — хронические бредовые расстройства;

F23 — острые и транзиторные психотические расстройства;

F24 — индуцированное бредовое расстройство;

F25 — шизоаффективные расстройства;

F28 — другие неорганические психотические расстройства;

F29 — неуточненный неорганический психоз.

F3. Аффективные расстройства:

F30 — маниакальный эпизод;

F31 — биполярное аффективное расстройство;

F32 — депрессивный эпизод;

F33 — рекуррентное депрессивное расстройство;

F34 — хронические расстройства настроения;

F38 — другие расстройства настроения;

F39 — неуточненные расстройства настроения.

F4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства:

F40 — тревожно-фобические расстройства;

F41 — другие тревожные расстройства (панические, генерализованные тревожные и др.);

F42 — обсессивно-компульсивное расстройство;

F43 — реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации;

F44 — диссоциативные (конверсионные) расстройства;

F45 — соматоформные расстройства;

F48 — другие невротические расстройства (неврастения, деперсонализация и др.);

F49 — неуточненные.

F5. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:

F50 — расстройства приема пищи;

F51 — неорганические расстройства сна;

F52 — половая дисфункция;

F53 — расстройства послеродового периода;

F54 — психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами, классифицированными в других разделах;

F55 — злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости; F59 — неуточненные.

F6. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых:

F60 — специфические расстройства личности (психопатии), в том числе:

F60.0 — параноидное;

F60.1 — шизоидное;

F60.2 —диссоциальное;

F60.3 — эмоционально неустойчивое;

F60.4 — истерическое;

F60.5 — ананкастное;

F60.6 — тревожное;

F60.7 — зависимое;

F60.8 — другие;

F60.9 — неуточненное.

F61 — смешанное и другие расстройства личности;

F62 — изменения личности, не связанные с заболеванием мозга; F63 — расстройства привычек и влечений;

F64 — расстройства половой идентификации;

F65 — расстройства сексуального предпочтения;

F66 — расстройства сексуального развития и ориентации;

F68 — другие (преувеличение или преднамеренное вызывание симптомов — синдром Мюнхгаузена и пр.);

F69 — неуточненные.

F7. Умственная отсталость:

F70 — легкая умственная отсталость;

F71 — умеренная умственная отсталость;

F72 — тяжелая умственная отсталость;

F73 — глубокая умственная отсталость;

F78 — другая;

F79 — неуточненная.

F8. Нарушения психологического развития:

F80 — специфические расстройства развития речи;

F81 — специфические расстройства развития школьных навыков; F82 — специфическое расстройство развития двигательных функций;

F83 — смешанные специфические расстройства;

F84 — общие расстройства развития (детский аутизм, синдром Аспергера и др.);

F88 — другие расстройства развития;

F89 — неуточненное.

F9. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте:

F90 — гиперкинетическое расстройство;

F91 — расстройства поведения;

F92 — смешанные расстройства поведения и эмоций;

F93 — эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста;

F94 — расстройства социального функционирования;

F95 — тикозные расстройства;

F98 — другие расстройства (энурез, энкопрез, заикание, расстройства питания);

F99 — неуточненное психическое расстройство.

В заключение следует отметить, что хотя в МКБ-10 сделан шаг в сторону синдромальной диагностики с целью унификации диагностических категорий, ориентация на нозологический принцип систематики психических расстройств сохраняется практически во всех национальных классификациях. В отечественной психиатрии традиционно выделяются две основные группы психических заболеваний, включающие, в свою очередь, подгруппы: эндогенные и экзогенные.

Для *эндогенных заболеваний* характерен спонтанный характер возникновения болезни при отсутствии какого-либо очевидного внешнего фактора, который мог бы вызвать расстройство психики. Вместе с тем в некоторых случаях бывает трудно определить роль того или иного внешнего воздействия в развитии болезни. Поэтому другим признаком эндогенных заболеваний является самопроизвольное (аутохтонное), не зависящее от внешних факторов течение болезни. Течение эндогенных заболеваний обычно не связано с изменениями социальных условий или соматического здоровья, а обусловливается внутренними биологическими изменениями в работе мозга. В большинстве случаев в развитии эндогенных заболеваний большое значение имеет фактор наследственности, поэтому практически всегда

удается проследить роль наследственной предрасположенности, которая реализуется в том числе и в виде особого типа психофизиологической конституции.

Понятие *экзогенных расстройств* охватывает широкий спектр патологий, обусловленных внешними физическими либо психологическими факторами среды. В первом случае внешние влияния оказывают непосредственное повреждающее воздействие на центральную нервную систему (травмы, интоксикации, гипоксии и т.д.). Сюда же относятся и соматогенные расстройства (психические расстройства вследствие тяжелых соматических заболеваний), поскольку мозг практически одинаково реагирует на воздействия из внешней среды или на внутреннюю интоксикацию, какими бы причинами они ни были вызваны.

Психогенные заболевания обусловлены в первую очередь неблагоприятными микро- и макросоциальными факторами и стрессами. Важным отличием психогенных заболеваний является отсутствие очевидных органических изменений в центральной нервной системе под влиянием социально-стрессовых воздействий (это относится прежде всего к неглубокой — пограничной нервно-психической патологии).

Необходимо отметить, что в главах, посвященных частным видам психической патологии, освещаются преимущественно те расстройства, которые имеют значение для судебной психиатрии.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Расскажите об эволюции классификаций психических расстройств.
- 2. Каковы принципы построения современных классификаций психических и поведенческих расстройств?
- 3. Назовите основные диагностические рубрики международной классификации психических и поведенческих расстройств.

Литература

Международная классификация психических и поведенческих расстройств (глава V МКБ-10) : программа обучения / сост. Д. Дриммелен-Краббе ; ВОЗ/ ВПА (1996). Киев : Сфера, 1997.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ. СПб. : Оверлайд, 1994.

МКБ-10 в судебно-психиатрической экспертизе: пособие для врачей / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. М., 1999.

Geoffrey M. Reed Навстречу МКБ-11: Систематика, категориальный аппарат и доказательность в новой классификации психических расстройств [Электронный ресурс] // World Health Organization, 2013. URL: http:// psychiatr.ru/dow nload/1207?view = l&name = Reed + Samara + Russian + %D0%BD%D0%BE%D 0%B2+%282% 29.pdf (дата обращения: 29.09.2017).

ЧАСТНЫЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИХ СУДЕБНОПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен:

знать

- • основные клинические проявления органических психических расстройств;
- • судебно-психиатрическое значение органических психических расстройств;

уметь

- • определять основные клинические проявления органических психических расстройств;
- • выделять этиологию, патогенез и закономерности течения органических психических расстройств;
- • устанавливать юридически значимые клинические проявления органических психических расстройств;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки органических психических расстройств.

К **органическим психическим расстройствам** (ОПР) относят группу психических заболеваний, возникающих вследствие повреждения головного мозга. Диагноз ОПР может быть установлен при наличии факта перенесенного экзогенного воздействия (черепно-мозговая травма, интоксикация и пр.), наличии в клинической картине в той или иной степени выраженности компонентов психоорганического синдрома (нарушения памяти, снижение интеллектуальных способностей и эмоциональная неустойчивость). Диагностическими критериями являются также данные дополнительных исследований, свидетельствующих об изменениях в тканях головного мозга. Органические психические расстройства разнообразны по своим клиническим проявлениям — от незначительных интеллектуально-мнестических нарушений до деменции, а также могут проявляться

галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, состояниями нарушенного сознания и расстройствами настроения.

Наиболее частой причиной органических психических расстройств являются черепно-мозговые травмы, острые и хронические интоксикации, последствия патологии раннего периода развития (беременности, родов, первых лет жизни), сосудистые заболевания головного мозга, инфекции. Более чем в половине случаев причиной формирования органических психических расстройств выступает сочетание нескольких вредностей (смешанный генез).

Органические психические расстройства могут проявляться в виде церебрально-органической болезни (текущего органического процесса), церебрально-органического поражения различной степени выраженности и различных субклинических вариантов последствий перенесенных экзогенно-органических вредностей.

Под текущим органическим процессом (болезнью) понимаются болезненные декомпенсации, обострения, в том числе с психотическими проявлениями и нарастанием психоорганических расстройств. Таким образом, эти состояния соответствуют модели хронического психического расстройства медицинского критерия формулы невменяемости. Активное течение органического процесса с присоединением бредовых расстройств, нарастанием интеллектуально-мнести- ческих, поведенческих нарушений свидетельствует о неспособности лица к осознанной регуляции своего поведения. В отдельных случаях психотические декомпенсации церебрально-органического заболевания могут соответствовать «временному психическому расстройству» с последующим восстановлением юридически значимых интеллектуально-волевых функций.

Обычно ОПР проявляются стойкими последствия перенесенной вредности, длительное время сохраняясь в неизменном виде. При значительной выраженности психических нарушений могут соответствовать «слабоумию» либо «иному болезненному состоянию психики» медицинского критерия формулы невменяемости.

Резидуально-органические (субклинические) формы ОПР хотя сами по себе и не имеют юридически значимого характера, однако ослабляют личностные и биологические ресурсы организма, играя роль предрасполагающего фактора к развитию иных психических нарушений (например, возникновению временных психических расстройств).

Выделяют три варианта динамики ОПР: 1) регредиентная (благоприятная); 2) стационарная; 3) прогредиентная (неблагоприятная). При благоприятной динамике со временем отмечается редукция (сглаживание) психических расстройств. При стационарной динамике психическое состояние лица в течение длительного времени существенным образом не меняется. При

отрицательной динамике (текущем органическом процессе) отмечается постепенное углубление психоорганических расстройств с присоединением новых болезненных феноменов (например, бредовых идей, поведенческих нарушений).

Способность больных с ОПР к осознанной волевой регуляции поведения зависит от психического состояния лица в юридически значимый период. В том случае, если у подэкспертного не обнаруживалось глубоких психоорганических расстройств и психотических феноменов, это свидетельствует о способности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Лица с ОПР являются наиболее значимой нозологической формой в практике применения ст. 22 УК — до 65% общего числа случаев, при которых выносится заключение об «ограниченной вменяемости» [Вандыш- Бубко, 2004].

Деменция (приобретенное слабоумие) — необратимое тяжелое оскудение всей психической деятельности — интеллекта, эмоциональноволевой сферы и индивидуально-личностных проявлений. У больных с деменций отмечаются нарушения памяти на прошлые и текущие события, резко снижены способности к обучению и уровень суждений, имеется оскудение речи, нарушается ориентировка в окружающей действительности и собственной личности.

Деменции, как правило, формируются вследствие заболеваний хронического и прогрессирующего характера, например при первичных дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга (болезнь Альцгеймера, Пика) либо сосудистых мозговых заболеваниях (церебральный атеросклероз). Деменции могут развиваться и быстро, — например, после острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта) или после тяжелой черепно-мозговой травмы.

В практике судебной психиатрии наиболее часто встречается *сосудистая деменция.* Атеросклероз в сочетании с гипертонической болезнью приводят к острым и хроническим нарушениям мозгового кровообращения, которые вызывают гибель нервных клеток и диффузную деструкцию нервной ткани. Клиническая картина сосудистых деменций разнообразна, что во многом определяется локализацией поражения мозговой ткани.

Встречается инсультный и безынсультный типы формирования деменции. В первом случае слабоумие возникает непосредственно после инсультов, во втором — слабоумие волнообразно нарастает в связи с преходящими нарушениями мозгового кровообращения при отсутствии явных острых признаков инсульта. Возможно и сочетание двух типов.

В большинстве случаев развитие сосудистой деменции проявляется постепенным нарастанием мнестических и интеллектуальных нарушений с

формированием парциального (лакунарного) слабоумия, для которого характерны длительная сохранность личностных черт и частичная критика к имеющимся нарушениям.

В клинической картине слабоумия, развивающегося после перенесенного инсульта, помимо интеллектуально-мнестических расстройств обычно имеются элементы афазии (нарушения речи). Больные не могут произносить слова (моторная афазия) и (или) воспринимать речь окружающих (сенсорная афазия). Кроме того, у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, нередко нарушаются двигательные функции конечностей (имеют место парезы и параличи).

Болезнь Альцгеймера является первичным дегенеративным (атрофическим) наследственно обусловленным заболеванием головного мозга. Заболевание характеризуется медленным началом и постепенным, но неуклонным течением, как правило, в течение нескольких лет (от одного до 10 лет). У лиц с болезнью Альцгеймера выявляется атрофия (истончение) коры теменных и височных долей головного мозга, а также гибель и перерождение нервных клеток. В МКБ-10 выделяют две формы болезни Альцгеймера: с ранним (до 65 лет) и поздним (после 65 лет) началом. Болезнь Альцгеймера выявляется более чем у половины всех больных с деменциями. У женщин заболевание отмечается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Подвержены заболеванию 5% лиц старше 65 лет, однако заболевание обычно начинается с 50 лет; описаны ювенильные случаи в возрасте 28 лет. Болезнь Альцгеймера занимает *4*—5-е место среди причин смерти в США и Европе.

Начало болезни Альцгеймера проявляется постепенным возникновением мнестических нарушений. Особенностью заболевания является то, что пациенты осознают эти изменения и тяжело их переживают. С течением времени нарушения памяти нарастают, больные теряют ориентировку в месте, времени, утрачивают накопленные знания, у них снижается уровень суждений и круг интересов. На второй стадии к мнестическим нарушениям присоединяются апраксия, акалькулия, аграфия, афазия, алексия. Пациенты путают правую и левую сторону, не могут назвать части тела. Возникает аутоагнозия, и они перестают узнавать себя в зеркале. Удивленно рассматривая себя, они прикасаются к лицу. Возможны эпилептические припадки и кратковременные эпизоды психозов. Присоединение соматической патологии, например пневмонии, может вызвать делирий. Нарастают мышечная ригидность, скованность, возможны паркинсонические проявления. В речи преобладают персеверации, в постели пациенты стереотипно накрываются с головой или совершают «обшаривающие» движения.

С развитием болезни прогрессирует тотальное слабоумие. Поведение таких больных нелепо, они утрачивают все бытовые навыки, движения их

становятся бессмысленными. У больных рано проявляются речевые расстройства, афазии, эпилептиформные припадки, спастические контрактуры и т.д.

На конечной стадии болезни появляются хватательный, сосательный и хоботковый рефлексы. При приближении какого-либо предмета больные вытягивают губы, чмокают языком, пытаются прикусить его. При полном распаде психической деятельности они постоянно лежат во внутриутробной позе. Смерть наступает от нарастающих явлений физического истощения или присоединяющихся инфекционных заболеваний.

До введения в широкий клинический обиход антибиотиков одним из частых заболеваний, ведущих к слабоумию, был *прогрессивный паралич.* Это инфекционное заболевание головного мозга, развивающееся при проникновении возбудителя сифилиса — бледной трепонемы в центральную нервную систему. На инициальной стадии болезни отмечается астеническая и неврозоподобная симптоматика в виде повышенной утомляемости, истощаемости, раздражительности, слабости, нарушений сна. Со временем отмечаются нарастающие изменения личности с утратой этических норм поведения, снижается критика к своему поведению. При дальнейшем развитии болезни нарастают изменения личности и поведения — больные совершают нелепые поступки, плоско шутят, проявляют беззаботность. Указанные психические изменения могут сопровождаться нелепыми бредовыми идеями величия и богатства, либо наблюдаются депрессии с нигилистическим бредом, достигающим степени синдрома Котара.

Ранним и наиболее типичным является симптом Аргайла — Робертсона — отсутствие или ослабление прямой и содружественной реакции зрачков на свет при сохранности их реакции на конвергенцию и аккомодацию. Наряду с этим отмечаются неравномерность зрачков, птоз (проявляющийся в невозможности поднять веко), бедная, малоподвижная мимика, голос с носовым оттенком, нарушаются артикуляция (не удаются скороговорки), письмо, походка. Специфические серологические реакции (реакция Вассермана в крови и в спинномозговой жидкости) всегда положительны. Наблюдается также асимметрия сухожильных рефлексов, иногда снижение или полное отсутствие коленных и ахилловых рефлексов.

Исходная стадия прогрессивного паралича развивается в сроки от 2 до 5 лет после начала заболевания и характеризуется резко выраженным слабоумием со снижением критики, ослаблением и нелепостью суждений на фоне эйфории. В последующем больные теряют интерес к окружающему, перестают себя обслуживать, не отвечают на вопросы. Наблюдаются резкое похудение, трофические язвы, пролежни. Смерть больных наступает от присоединяющихся соматических заболеваний (пневмония, сепсис и др.).

Значительно реже в практике СПЭ обвиняемых встречаются лица, страдающие *сенильной деменцией,* возникающей в старческом возрасте и обусловленной атрофией головного мозга, проявляющейся в прогрессирующем распаде психической деятельности с исходом в тотальное слабоумие и маразм. Эта категория больных встречается в судебно-психиатрической практике по гражданским делам в тех случаях, когда речь идет о признании гражданина недееспособным и при оспаривании имущественных сделок, в том числе завещаний.

На начальных этапах сенильной деменции могут возникать бредовые, галлюцинаторно-бредовые и аффективные психозы. Для больных характерны нарастающие нарушения памяти и появление бредовых идей ущерба, обнищания, отношения, отравления и преследования, распространяющихся преимущественно на лиц ближайшего окружения. У больных могут встречаться также сценоподобные зрительные галлюцинации.

Все больные с деменцией, выраженность которой в соответствии с критериями МКБ-10 соответствует степени умеренных и более глубоких нарушений, сопровождающихся невозможностью функционирования в повседневной жизни, а также лица, у которых в момент совершения опасных деяний либо гражданских сделок отмечались глубокие аффективные или галлюцинаторно-бредовые расстройства, признаются неспособными к осознанной регуляции своего юридически значимого поведения.

Большие трудности представляет решение *вопросов вменяемости и дееспособности*(*сделкоспособности*) у больных с лакунарными интел-лектуально-мнестическими нарушениями. При атеросклеротическом слабоумии отмечается длительная сохранность внешних форм поведения и выработанных в течение жизни стереотипов общения и поведения. Поэтому относительная компенсация подобных больных нередко затрудняет определение глубины наступивших изменений. Для определения степени имеющихся изменений при постепенно развивающемся атеросклерозе большое значение имеют не только интеллектуально- мнестические, но и аффективные нарушения и изменения всей структуры личности (с кардинальным изменением системы отношений, в частности к ближайшим родственникам).

Органическое бредовое (*шизофреноподобное*) *расстройство* развивается вследствие воздействия различных экзогенных вредностей: черепно-мозговых травм, нейроинфекций и т.д. либо их сочетания, нередко с присоединением сосудистого заболевания головного мозга. Однако интеллектуально-мнестические нарушения у подобных больных выражены не столь значительно, как для установления диагноза деменции. У больных формируются стойкие бредовые идеи ревности, ущерба, отравления,

преследования, колдовства, нередко с присоединением иллюзорно-галлюцинаторных расстройств (зрительных, обонятельных, тактильных).

У части больных начало психоза является острым и начинается с делириозного помрачения сознания, как правило, спровоцированного какими-либо экзогенными факторами (операции, инфекции и т.д.) со слуховыми и зрительными галлюцинациями, аффективными нарушениями. После редукции симптомов помраченного сознания в клинической картине на первый план выступают бредовые идеи отношения, преследования, направленные на конкретных лиц. На фоне нарастания расстройств памяти, снижения уровня суждений, наступает упрощение фабулы бреда. В большинстве случаев отмечается постепенное начало заболевания на фоне церебрастенической симптоматики (повышенной утомляемости, истощаемости, раздражительности) и легкого интеллек- туально-мнестического снижения в виде некоторого снижения памяти, инертности мышления, заострения личностных черт. Постепенно формируются бредовые идеи отношения, преследования, отравления, ревности, с элементарными слуховыми, зрительными обманами восприятия. Бредовые идеи отличаются конкретностью, направлены на лиц ближайшего окружения, родственников, соседей. По мере нарастания психоорганического синдрома бредовые идеи приобретают все более фрагментарный и нелепый характер.

Дифференциальная диагностика проводится в первую очередь с шизофренией с поздним началом. В пользу органической природы заболевания свидетельствуют связь с экзогенной вредностью, конкретность фабулы бреда, постепенное нарастание психоорганических нарушений (снижение памяти, интеллекта, познавательных способностей, эмоциональная лабильность) при отсутствии характерных для шизофрении расстройств мышления и изменений личности. Нет характерной для шизофрении трансформации галлюцинаторно-бредовых расстройств в сторону парафренных, а также истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации.

Практика СПЭ показывает, что больные с органическим бредовым расстройством социально беспокойны и обращают на себя внимание окружающих. Свидетели описывают неправильное поведение больных, которые без повода вступают в конфликты, предъявляют нелепые претензии, стучат в стены соседям по ночам, обращаются с жалобами в правоохранительные органы. Так, одна пациентка обращалась в милицию и ФСБ с жалобами на соседей, которые, по ее мнению, организовали у себя в квартире цех по производству самогона и продают его по всему району. В своих заявлениях больная уверяла, что по ночам постоянно ощущает запах самогона из квартиры соседей, а также слышит звуки «производственного процесса» — бульканье и шум перегоняемого по трубам центрального отопления самогона и т.д. Каждую ночь она стучала в стену соседям, мешая

им спать. Приглашение больной соседями к себе в квартиру для того, чтобы она убедилась в отсутствии у них подобного «производства», разумеется, никакого результата не дало, и ее бредовое поведение по-прежнему продолжалось. Другой больной, обвиняемый в избиении жены, был уверен, что его 80-летняя жена постоянно изменяет ему с другими мужчинами, в том числе с его 28-летним соседом, проживающим вместе со своей женой и ребенком. Он постоянно требовал от нее объяснений, добивался признаний в изменах, провоцировал конфликты, скандалы.

Наличие органического бредового расстройства во время совершения юридически значимого деяния определяет *неспособность* лица, совершившего юридически значимые действия, к осознанной произвольной регуляции своего поведения.

Состояния нарушенного сознания.

В уголовном процессе эти состояния наиболее часто возникают при необходимости судебно-психиатрической оценки острого периода черепно-мозговой травмы. Непосредственно после получения травмы у больных отмечается потеря сознания, которое в зависимости от степени ее тяжести может продолжаться от нескольких минут и часов до нескольких недель. Глубина нарушенного сознания также может быть различной: оглушенность, сопор, кома. При нетяжелых черепно-мозговых травмах потеря сознания непродолжительна и сознание нарушено в форме оглушенности. Больные плохо ориентированы в обстановке, вялы, заторможены, сонливы, контакт с ними затруднен, они односложно отвечают на вопросы. Эти проявления сопровождаются общемозговыми симптомами: головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой. При более тяжелых травмах нарушение (угнетение) сознания может достигать сопора и комы. Это выражается в полном отсутствии контакта с больным. Период потери сознания амнезируется, могут также забываться события после травмы (антероградная амнезия) и события, предшествовавшие получению травмы (ретроградная амнезия). Последнее имеет судебно-психиатрическое значение, поскольку больной не может вспомнить обстоятельства получения черепно-мозговой травмы. Амнестические нарушения со временем (как правило, в течение полугода) могут частично подвергаться обратному развитию и появляться фрагментарные воспоминания.

Судебно-психиатрическая оценка острого периода черепно-мозговой травмы является наиболее сложной, поскольку клиническая картина восстанавливается по описанию больным своего состояния непосредственно в период получения травмы, по данным медицинской документации, показаниям свидетелей. С учетом ретро-антероградной амнезии обычно сведения, первоначально сообщенные больным, оказываются весьма скудными. При легких и средней тяжести травмах больные могут совершать

противоправные действия на фоне неглубокого помрачения сознания. Действия подэкспертных могут носить внешне целенаправленный характер, а движения быть скоординированными. Тем не менее в этот период, по словам свидетелей, у такого субъекта может отмечаться растерянное выражение лица, отсутствие адекватного речевого контакта, дезориентировка в окружающем. С учетом дальнейшей ретро-антероградной амнезии это будет свидетельствовать о нарушении сознания в форме оглушения. Подобные состояния соответствуют понятию «временное психическое расстройство» медицинского критерия формулы невменяемости и свидетельствуют о неспособности лица во время совершения инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. При полном обратном развитии психических нарушений в случае необходимости больным может быть рекомендовано амбулаторное принудительное наблюдение. Если имеются стойкие признаки органического поражения головного мозга (повторяющиеся состояния нарушенного сознания, выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, поведенческие расстройства с агрессивными проявлениями), больные должны направляться на принудительное лечение в психиатрический стационар.

Одним из наиболее сложных видов СПЭ является оценка психического состояния лиц при совершении дорожно-транспортных происшествий. Лица, попавшие в автоаварии, часто переносят тяжелые черепно-мозговые травмы, сопровождающиеся нарушениями сознания и амнезией. Судебно-психиатрическая оценка психического состояния лица, по вине которого произошло дорожно-транспортное происшествие, может быть различной. Подэкспертный может быть признан вменяемым в отношении правонарушения, предусмотренного ст. 264 УК («Нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств»), если в момент автоаварии у него не отмечалось какого-либо временного психического расстройства. В то же время, если подэкспертный в момент ДТП получил черепно-мозговую травму и, находясь в состоянии оглушения, совершил грубое нарушение общественного порядка, например оказал сопротивление представителю власти (ст. 213 УК), он может быть признан невменяемым в отношении данного правонарушения.

Большое значение имеет оценка психического состояния при экспертизе потерпевших, перенесших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации. Состояние нарушенного сознания и последующая антеро-ретроградная амнезия могут, с одной стороны, лишать их способности оказывать сопротивление в период совершения в отношении них противоправных действий, а с другой — определяют их неспособность давать показания, имеющие значение для дела, касающиеся юридически значимого периода (при возможной сохранности такой способности в отношении всех остальных событий). При этом помимо оценки возможности

потерпевших правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, возможности правильно понимать характер и значение совершенных в отношении них противоправных действий и способности оказывать сопротивление оценивается также возможность участвовать в судебноследственных действиях. Кроме того, в отношении таких лиц комплексной комиссией с представителем судебно-медицинской экспертизы решается вопрос о тяжести телесных повреждений в результате перенесенной черепно-мозговой травмы.

Нередко с необходимостью оценки состояний нарушенного сознания приходится сталкиваться в гражданском процессе. Особенно это касается гражданских дел о признании недействительными завещаний при производстве посмертных СПЭ.

У больных при острых нарушениях мозгового кровообращения, онкологической патологии, тяжелых инфекционных заболеваниях, лекарственных интоксикациях могут возникать состояния нарушенного сознания. Часто встречаются состояния *оглушения* различной степени выраженности. Больные безучастны, не сразу воспринимают задаваемые им вопросы и способны осмыслить лишь самые простые из них, мышление замедленно, затруднено и обеднено, ответы односложны и однообразны. Отмечается нарушение способности к запоминанию и воспроизведению. При состоянии *спутанности* наряду с легкой оглушенностью (обнубиляцией) отмечаются выраженная неустойчивость внимания, фрагментарность восприятия и бессвязность мышления, дезориентировка во времени и месте, снижение памяти.

Проявления состояний спутанности усиливаются в ночное время. Продолжительность их варьирует в широких пределах — от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев. Состояния спутанности, как правило, возникают у пожилых лиц.

Диагностика состояния расстроенного сознания определяет экспертное решение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими при заключении сделки. Трудности экспертной оценки связаны с тем, что экспертное заключение выносится ретроспективно по данным медицинской документации и материалам гражданского дела. Кроме того, нарушения сознания могут иметь «мерцающий» характер в зависимости от времени суток, введения лекарственных препаратов и пр. Поэтому решающее значение приобретают врачебные записи с описанием состояния лица в период, максимально приближенный к моменту заключения сделки. Экспертное решение может основываться только на описании психического состояния подэкспертного, особенностей его поведения, ориентировки, речевой продукции в юридически значимой ситуации. Само по себе заболевание, которое может приводить к состояниям расстроенного

сознания, не является достаточным основанием вынесения экспертного решения о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими при заключении сделки.

Органическое расстройство личности и поведения.

Среди всех ОПР органическое расстройство личности встречается в судебно-психиатрической практике наиболее часто (около 40% наблюдений). Оно характеризуется снижением контроля за своими эмоциями и побуждениями, неустойчивостью аффекта с перепадами настроения и вспышками злобы и агрессии, сниженной способностью к целенаправленной деятельности, особенно требующей усидчивости и усердия. Такие лица нередко проявляют обидчивость, подозрительность, злопамятность. Познавательная деятельность, как правило, существенно не нарушена, страдают в большей степени самоконтроль и «предпосылки» интеллекта — внимание, способность к прогнозу и целенаправленной деятельности. Могут наблюдаться и более выраженные нарушения интел- лектуально-мнестических функций, не достигающие, однако, степени деменции (слабоумия).

Причиной формирования органического расстройства личности могут быть последствия раннего органического поражения (патология родов, раннего периода развития), перенесенных черепно-мозговых травм, инфекционных заболеваний головного мозга (энцефалит), а также другие экзогенно-органические воздействия.

Судебно-психиатрическая экспертная оценка органического расстройства личности представляет определенные сложности. В подавляющем большинстве случаев обвиняемые с органическими личностными расстройствами признаются вменяемыми. Однако в зависимости от степени выраженности изменений психики в отношении лиц с органическим расстройством личности может выноситься экспертное решение о применении норм ст. 22 УК, так называемой «ограниченной вменяемости», либо в некоторых случаях об их невменяемости.

В тех случаях, когда у подэкспертного до совершения правонарушения наблюдаются частые декомпенсации (заострение патохарактерологических особенностей, аффективные нарушения, присоединение вторичных сверхценных или бредовых идей), нарастают поведенческие и когнитивные нарушения, можно говорить об активном течении органического заболевания. В этих случаях органическое расстройство личности соответствует медицинскому критерию «хроническое психическое расстройство» формулы невменяемости, поэтому выносится экспертное решение об его неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в юридически

значимый период времени и ему могут быть рекомендованы те или иные меры медицинского характера.

У некоторых лиц с органическим расстройством личности в период совершения правонарушения под влиянием психотравмирующих воздействий или иных экзогенных вредностей могут возникать выраженные состояния декомпенсации, с формированием аффективной патологии (депрессии различной степени выраженности), выраженным заострением психопатоподобных расстройств в виде импульсивности, склонности к дезорганизации психической деятельности, присоединением сверхценных и бредовых идей (отношения, преследования, самообвинения). На фоне вторичных психопатологических образований, как правило, отмечается углубление интеллектуально-мнестических расстройств в виде усиления торпидности мышления, нарушений памяти. В последующем может иметь место обратное развитие болезненной симптоматики, сглаживание аффективных и поведенческих нарушений и упорядочение когнитивных функций. Такие декомпенсации психического состояния, отмечающиеся в период совершения правонарушения, могут соответствовать медицинскому критерию «временного психического расстройства» ст. 21 УК и определять экспертное решение о неспособности таких лиц осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в юридически значимый период. Необходимость назначения принудительных мер медицинского характера определяется особенностями психического состояния подэкспертного и его динамикой.

При особой выраженности поведенческих нарушений, заостренности личностных особенностей, аффективной напряженности, импульсивности, существенно снижающих возможность к произвольной регуляции своего поведения и значительных нарушениях социальной адаптации в сочетании с достаточно выраженным интеллектуально- мнестическим снижением, не достигающим, однако, степени слабоумия, органическое расстройство личности может рассматриваться как соответствующее медицинскому критерию «иное болезненное состояние психики» ст. 21 УК. В подобных случаях выносится экспертное решение о неспособности таких лиц во время совершения правонарушения осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими.

Таким образом, при обосновании экспертного решения о неспособности лиц с органическим расстройством личности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими во время совершения общественно опасного деяния могут дифференцированно использоваться медицинские критерии «хроническое психическое расстройство», «временное психическое расстройство», «иное болезненное состояние психики» формулы невменяемости.

При органическом расстройстве личности наиболее часто применяются нормы ст. 22 УК («ограниченной вменяемости»). При обосновании применения ст. 22 оцениваются клинические проявления самого психического расстройства, характер криминальной ситуации, а также степень влияния расстройства на способность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в конкретной юридически значимой ситуации.

Так, например, в случае совершения подэкспертным имущественного правонарушения в составе группы лиц критериями применения ст. 22 УК являются интеллектуальные расстройства в форме недостаточности понятийного аппарата, поверхностности, непоследовательности и незрелости суждений, недостаточной способности прогнозирования последствий своих действий, а также такие волевые и эмоциональные нарушения, как повышенная внушаемость и подчиняемость, слабость мотивации поступков, неспособность к систематической и целенаправленной деятельности, неустойчивость жизненного и поведенческого динамических стереотипов, лабильность и поверхностность эмоций.

При экспертизе обвиняемого в совершении преступления против жизни и здоровья критериями «ограниченной вменяемости» при органическом расстройстве личности являются выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы по возбудимому типу со склонностью к агрессивным вспышкам с непосредственной разрядкой напряжения, сочетающиеся с низким уровнем интеллектуального и волевого самоконтроля, трудностями конструктивного разрешения проблемных ситуаций, недостаточным критическим отношением к своему поведению, сниженными прогностическими способностями.

Применение ч. 1 ст. 22 УК может служить основанием для назначения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ч. 2 ст. 22, ч. 2 ст. 97 УК). Критериями назначения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лицам с органическим расстройством личности являются эмоциональная неустойчивость с периодически возникающими аффективными вспышками, сопровождающимися агрессивными и аутоагрессивными тенденциями, склонность к состояниям декомпенсации с углублением аффективных нарушений и заострением когнитивно-мнестических расстройств, снижением критических и прогностических функций. В подобных случаях данная мера медицинского характера призвана содействовать отбыванию наказания и достижению его цели. В то же время принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания, может и не рекомендоваться при применении ч. 1 ст. 22, если правонарушение связано с определенным стечением обстоятельств, повлекшим снижение уровня интеллектуального и волевого контроля подэкспертного в юридически значимой ситуации, а вероятность

декомпенсации психического состояния в местах лишения свободы невелика. Ниже приводится клиническое наблюдение.

Подэкспертный М, 29 лет, обвиняется в умышленном причинении тяжкого вреда здоровью. По данному делу подэкспертному ранее проводилась амбулаторная СПЭ, где вопросы о его психическом состоянии решены не были. О подэкспертном известно следующее. Дед по линии матери страдал шизофренией, отец злоупотреблял алкоголем, испытуемый до 6 лет проживал с матерью и отцом, затем родители развелись. По характеру формировался робким, спокойным, замкнутым. По словам испытуемого, в возрасте 6 лет он перенес травму головы с потерей сознания, стационарно по этому поводу не лечился. В школе начал учиться с 7 лет, был крайне неусидчив, беспокоен, конфликтен со сверстниками и учителями, часто вступал в драки, учился посредственно, без желания, прогуливал уроки. В 7 классе был оставлен на второй год, после чего бросил учебу. Когда испытуемому было 13 лет, мать повторно вышла замуж. Испытуемый ревновал мать к отчиму, конфликтовал с ним, выбрасывал на улицу его одежду, с его слов, остро испытывал «недостаток внимания» со стороны матери. После ухода из школы сменил несколько мест работы, торговал продуктами на рынке, работал коммивояжером, грузчиком, охранником. Подолгу нигде не задерживался, в последнее время периодически занимался ремонтом квартир. В рядах Российской Армии не служил, так как в детстве перенес проникающее ранение. Со слов испытуемого, по характеру был аккуратным, педантичным, в то же время раздражительным, злопамятным, ревнивым. Старался быть законопослушным, мечтал стать адвокатом, «чтобы восстанавливать справедливость». Читал книги о разведчиках, представлял себя героем книг. С 19 лет начал вести книгу доходов и расходов, где учитывал, сколько денег заработал, сколько истратил. Со слов, стремился к порядку «во всем, чтобы все было на своих местах». Не позволял матери прикасаться к его вещам, даже присутствие матери в его комнате «раздражало».

Злоупотреблять алкогольными напитками начал с 15 лет, вначале эпизодически, в компании, затем и в одиночестве. В состоянии опьянения неоднократно переносил ушибы головы, за медицинской помощью не обращался. В возрасте 25 лет женился, по просьбе жены пытался прекратить злоупотребление алкоголем, обращался к врачу, несколько раз «кодировался», но длительность ремиссий не превышала 6 месяцев. Толерантность возросла до 1,5 литров водки, сформировались психическая и физическая зависимость, запамятование периода опьянения. Абстинентные расстройства проявлялись в виде головной боли, потливости, раздражительности, подавленности. После конфликтов в семье уходил к матери, которая в своих показаниях отмечает, что запои у сына продолжались до 10—12 дней. Первые 2—3 дня запоя он был агрессивен по отношению к себе, наносил самопорезы, пытался отравиться таблетками,

употреблял суррогаты алкоголя, технические жидкости (морилку, карбофос), закрывался в комнате, включал песни Высоцкого, в состоянии опьянения «разговаривал с кем-то, ругался». После первых 2—3 дней запоя становился «вялым», «желающим только выпить», придя домой, засыпал, а «проснувшись, продолжал выпивать». На выходе из запоя был «обессиленным», затем «становился активным», начинал стирать, убирать квартиру, раскладывать вещи. Такие состояния длились до 20 дней, затем вновь появлялось желание выпить и начинался запой. Мать неоднократно обращалась с сыном к врачу, однако он «лечиться не хотел».

За полтора года до правонарушения был доставлен в отделение токсикологии НИИ им. Склифосовского. При поступлении был сонлив, заторможен. После проведенной детоксикации выписан с диагнозом: «Отравление суррогатами алкоголя». Психическое состояние при выписке не описано. Как известно из представленной амбулаторной карты, состоит на учете в наркологическом диспансере с диагнозом: «Синдром зависимости от алкоголя», проходил амбулаторное лечение, на приемах был «трезв, опрятен, спокоен», психотической симптоматики не обнаруживал, но ремиссии были нестойкими. Как известно из материалов уголовного дела, М. обвиняется в том, что в ходе распития спиртных напитков совместно с З. нанес последнему удар ножом в область грудной клетки, причинив проникающее ранение, явившееся опасным для жизни и здоровья. Затем М. спустился из квартиры на улицу, разбил стекло в автомобиле, стоящем около дома. Как известно из протокола медицинского освидетельствования, М. находился в состоянии алкогольного опьянения. По показаниям потерпевшего З., вечером к нему домой пришел М., предложил выпить, принес бутылку водки, затем еще одну. Они не ссорились, разговаривали, З. советовал испытуемому устроиться на «нормальную работу». Внезапно М. сказал: «Я тебя убью!» и свалил З. на пол, схватил кухонный нож и нанес ему удар. В это время взгляд у М., по мнению потерпевшего, «был звериным». Затем М. выбежал из комнаты, спрятался за угол стены в кухне. На просьбу З. покинуть квартиру, разбил кулаком окно кухни.

Свидетельница Х. показала, что поздно вечером увидела, как по козырьку над подъездом ходит М., который в ответ на ее обращение к нему поднес палец к губам, сказав: «Тише, тише». Затем услышала стук в дверь и голос М., который говорил: «Открой, кругом враги, помоги мне». Свидетель Ш. показал, что около 12 часов ночи он увидел, что в автомобиле, принадлежавшем его другу, разбито боковое стекло, на водительском месте спит незнакомый мужчина, свидетель вызвал сотрудников милиции. На допросах в качестве подозреваемого и обвиняемого М. показал, что они с потерпевшим выпивали, разговаривали. Обсуждали семейные проблемы испытуемого. Затем он «отключился», происходившее далее он «не помнит». «Пришел в сознание» только в отделении милиции. О происшедшем узнал от работников милиции. В ходе следствия испытуемый прошел амбулаторную

СПЭ, где держался несколько манерно, на вопросы отвечал с задержкой, кратко, формально, был не до конца откровенен в своих переживаниях. Однако охотно говорил о злоупотреблении алкоголем. Сообщил, что последние 2 года ощущает отсутствие интереса к жизни. Был эмоционально уплощен. Диагностические и экспертные вопросы решены не были, и было рекомендовано проведение стационарной СПЭ.

Физическое состояние.

Заключение невролога: «Последствия органического поражения центральной нервной системы сложного генеза (интоксикационного, травматического) в форме микросимптоматики, синдрома вегетативной дисфункции. Психическое состояние. Испытуемый в ясном сознании. Ориентирован всесторонне правильно. Цель экспертизы передает верно. Внешне упорядочен, опрятен. Эмоциональные реакции маловыразительны, на лице ироническая улыбка. На вопросы отвечает по существу, подробно, обстоятельно. Себя характеризует как человека неконфликтного, спокойного, но обидчивого, ревнивого и злопамятного. Говорит, что долго терпит обиды, «накапливает» их, а потом, «чтобы разрядиться», бьет кулаком в стену. Не скрывает своего злоупотребления спиртными напитками, охотно беседует на эту тему, заметно оживляется. Говорит, что употребляет спиртные напитки для того, чтобы «поднять настроение», «снять напряжение». Отмечает в последние годы запамятование происходившего с ним в состоянии опьянения. Суицидальные попытки объясняет неохотно, говорит, что хотел «напугать мать». Спокойно говорит, что любит жену, сына, но при упоминании о теще настроение резко меняется, становится напряженным, дис- форичным, гневливым. Заявляет, что она виновата в его ссорах с женой, является причиной разлада в его семье, «постоянно его раздражает». В инкриминируемом ему деянии свою вину категорически отрицает, доказывает, что не мог этого сделать, так как «не было никакого мотива». Вначале последовательно рассказывает, что помнит, как выпивал с потерпевшим (это был первый день запоя), звонил теще, кричал на нее. Затем сидел за столом, разговаривал с потерпевшим. Последнее, что помнит — как перечислял недостатки тещи, «загибая пальцы», после чего «отключился, ничего не помнит». Затем помнит отдельные фрагменты, как шел по улице почему-то без пальто, увидел на противоположной стороне дороги стоящий автомобиль, однако не помнит, как переходил улицу, как оказался в автомобиле. Помнит, как сидел на переднем сидении и «крутил руль». Предполагает, что «залез в машину погреться», категорически отрицает, что собирался ее угонять, так как «не мог этого сделать, даже водить машину не умею». При повторных расспросах повторял то же самое, но стал недоверчив, подозрителен. Написал несколько писем в разные инстанции, в которых просил «обеспечить безопасность» потерпевшему и членам своей семьи, указывал на конкретное лицо, которое может причинить им «тяжкий вред». Просил своих родственников «воспользоваться связями в МВД, ФСБ,

прокуратуре», обвинял следствие в предвзятости, а экспертов в том, что они «хотят его засадить, используя его письма с целью обвинения» в преступлении, которого он не совершал.

На комиссии внезапно заявил, что «вспомнил все происходящее» вплоть до своего ухода от потерпевшего, якобы уходя «был зол и нанес самопорезы на шее» и указал, где именно. Следы от самопорезов на шее у испытуемого отсутствуют. Сообщил, что решил «погреться» в автомобиле, так как был без верхней одежды, при этом не помнит, где оставил пальто. Он также заявил, что «прекрасно помнит», как «специально» ходил по карнизу, так как «всегда мечтал это сделать». Заявил, что знает, кто нанес удар потерпевшему — его сосед, он «садист, служил в Чечне, и с головой у него не все в порядке». Мышление с тенденцией к обстоятельности, ригидности. Суждения конкретные, кататимные. Речь грамматически правильная, с достаточным запасом слов. Эмоционально неустойчив, склонен к накоплению и разрядке аффективного напряжения, застреваем. Эмоциональные реакции малодифференциро- ваны. Интеллект и запас общеобразовательных знаний соответствуют возрасту и полученному образованию. Критическая оценка сложившейся судебноследственной ситуации недостаточная. В отделении вел себя упорядоченно, общался с другими испытуемыми, просматривал телепередачи. При экспериментально-психологическом исследовании у испытуемого выявляется сохранность интеллектуальных способностей, со способностью к проведению основных мыслительных операций с использованием как функциональных, так и категориальных признаков объектов. Причинно-следственные и другие логические зависимости устанавливает в основном правильно, отмечаются некоторые трудности целостного осмысления предложенных ситуаций. Условный смысл знакомых ему метафор и пословиц испытуемый передает верно. Ассоциативные образы по содержанию и эмоциональной окраске отражают предложенные понятия, преимущественно конкретного типа. Испытуемому доступно опосредование относительно сложных абстрактных понятий. Вербальные ассоциации содержательно соответствуют стимулам, достаточного семантического уровня. Темп работы несколько неравномерен. Деятельность обследуемого в целом достаточно целенаправленна. Внимание неустойчивое, его объем сужен. Механическое запоминание несколько снижено, опосредованное сохранно. Проявляется феномен врабатываемости. Отмечается склонность к импульсивным, недостаточно продуманным ответам. Коррекцию психолога испытуемый принимает. На фоне ситуативно обусловленных переутомления, тревожности и напряженности выявляются: признаки личностно-эмоциональной незрелости, чувствительность к критическим замечаниям в свой адрес, преобладание интраверсивных тенденций, проявляющихся, в частности, трудностями социальной адаптации, потребностью избегания контактов широкого круга. Обнаруживается склонность к эпизодическому снижению волевого самоконтроля, усугубляющаяся при угрозе

престижности позиции, тенденция к внешнеобвиняющим реакциям защитного характера.

Комиссия пришла к заключению, что у М. обнаруживается органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями (F07.08 по МКБ-10) и признаки зависимости от алкоголя (F10.212 по МКБ- 10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза, медицинской документации: о наследственной отягощенности алкоголизмом; неоднократно перенесенных им черепно-мозговых травмах; имевших у него место в детском возрасте гипердинамических нарушениях (неусидчивость, возбудимость, конфликтность, трудности концентрации); формировании в подростковом возрасте и дальнейшем закреплении под воздействием дополнительных экзогенных вредностей психопатоподобных нарушений, аффективной неустойчивости и ригидности, склонности к кумуляции и разрядке аффективного напряжения, педантичности, аккуратности, злопамятности, мстительности, подозрительности, а также сведения о длительном периоде злоупотребления алкоголем с быстрым формированием психической и физической зависимости, запойной формы пьянства, амнестических и дисфорических форм алкогольного опьянения, специфических для алкоголизма черт морально-этического огрубления.

Указанное диагностическое заключение подтверждается и данными настоящего клинического психиатрического обследования, выявившего у испытуемого некоторую обстоятельность и кататимность мышления, ригидность, тенденцию к застреваемости на негативных переживаниях, склонность к легкому возникновению сверхценных образований, а также напряженность, подозрительность, недоверчивость, импульсивность. В период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, М. не обнаруживал признаков временного психического расстройства, он находился в состоянии атипичного (дисфорического) алкогольного опьянения (F10.04 по МКБ-10), о чем свидетельствуют данные: об употреблении им алкоголя накануне правонарушения, подтвержденные результатами последующего медицинского освидетельствования; о преобладании у него в тот период состояния тоскливо-злобного аффекта, о внезапности и безмотивности его агрессивных действий с последующим их запамято- ванием. Состояние алкогольного опьянения у М. в ситуации инкриминируемых ему деяний усиливало и актуализировало имеющиеся у него изменения психики (напряженность, подозрительность, склонность к кумуляции и брутальной разрядке аффекта, легкость образования сверхценных идей), снижало его волевой и интеллектуальный самоконтроль и ограничивало его возможность в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими.

Органические (аффективные) расстройства настроения.

Под органическими расстройствами настроения понимают лишь те состояния, которые обусловлены церебральными заболеваниями. Проявления органических аффективных расстройств могут варьировать от легких (неврозоподобных) до тяжелых (психотических). Типичным органическим аффективным расстройством является инволюционная депрессия (меланхолия). Аффективные расстройства при инволюционной депрессии проявляются в витальной тоске, заторможенности или суетливости, ощущениях безысходности своего состояния и положения. Типично наличие тревоги и ажитации, сочетающейся с раздражительностью и злобным аффектом. При углублении состояния присоединяются различные формы депрессивного бреда, идеи самоуничижения, самообвинения, осуждения, обнищания и т.д. В случаях дальнейшего утяжеления состояния бредовый синдром может усложняться и приобретать глобальный масштаб: больной может считать себя виновным во всех отрицательных событиях, происходящих в мире, на земном шаре. Депрессивный психоз может длиться несколько лет, затем наступает ослабление симптоматики с ее стабилизацией и однообразием.

Судебно-психиатрическая оценка различных вариантов аффективных расстройств настроения осуществляется дифференцированно. Необходимо оценить глубину психического расстройства и приблизительное время возникновения. Наличие во время совершения правонарушения депрессий психотического уровня (резко сниженное настроение, выраженная моторная и идеаторная заторможенность, тоска с витальным компонентом, идеи самообвинения, нарушение критических способностей) обусловливает экспертное решение о невменяемости.

Лица, страдающие инволюционной депрессией, могут совершать суицидальные попытки, так называемые расширенные самоубийства, когда они перед тем, как покончить с собой, совершают убийства своих близких. В этих случаях свои болезненные переживания больной распространяет на своих родственников, из «альтруистических» побуждений убивает себя и близких, желая избавить их от «страданий и мучений». Судебно-психиатрическая экспертиза по таким делам может быть очной при незавершенных самоубийствах или посмертной — при завершенных.

Установление диагноза инволюционной депрессии психотического уровня соотносится с медицинским критерием «хроническое психическое расстройство» формулы невменяемости, что определяет экспертное решение о неспособности таких лиц во время совершения правонарушения осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими. Лица, совершившие расширенные незавершенные суициды, нуждаются в направлении в психиатрические стационары специализированного типа; при особой опасности для себя или окружающих

— в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Каковы клинические проявления и динамика органических психических расстройств?
- 2. Дайте определение деменции. Назовите формы деменции и раскройте особенности их судебно-психиатрической оценки.
- 3. Каковы особенности органического бредового (шизофреноподобного) расстройства и его судебно-психиатрической оценки?
- 4. Охарактеризуйте клинические проявления состояний нарушенного сознания и особенности их судебно-психиатрической оценки.
- 5. Какова специфика судебно-психиатрической оценки острого периода черепно-мозговой травмы?
- 6. Дайте характеристику клинических проявлений органического расстройства личности и поведения, раскройте особенности его судебно-психиатрической оценки.
- 7. Каковы клинические проявления органических (аффективных) расстройств настроения и особенности их судебно-психиатрической оценки?

Литература

Вандыш-Бубко В. В. Судебно-психиатрическая экспертиза органического психического расстройства // Руководство по судебной психиатрии. М.: Медицина, 2004. С. 192—207.

Гаврилова С. И. Психические расстройства при первичных дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. Т. 2. М., 1999. С. 57—116.

Захаров В. В., Яхно Н. Н. Нарушения памяти. М., 2003.

Психиатрия: национальное руководство / под. ред. Т. Б. Дмитриевой,

В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

Штернберг Э. Я. Психические расстройства при атрофических процессах головного мозга // Руководство по психиатрии. Т. 2. М., 1983. С. 49—85.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • основные клинические проявления последствий употребления психоактивных веществ;
- • судебно-психиатрическое значение последствий употребления психоактивных веществ;

уметь

- • определять основные клинические проявления последствий употребления психоактивных веществ;
- • выделять этиологию, патогенез и закономерности течения последствий употребления психоактивных веществ;
- • устанавливать юридически значимые клинические проявления последствий употребления психоактивных веществ;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки последствий употребления психоактивных веществ.

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) вызывает различные последствия для психического здоровья, тяжесть которых может варьировать от простого опьянения до формирования синдрома зависимости и возникновения психозов и деменции. Это зависит от вида употребляемого вещества, длительности и массивности его приема, биологических, наследственных и прочих факторов. Под психоактивными веществами подразумевают любые химические соединения (алкоголь, наркотики, токсические вещества), которые при однократном приеме могут вызвать желательные для потребителя изменения психического состояния (эйфория, снижение тревоги, прилив сил и пр.).

Различают наркомании и токсикомании. Под *наркотическими средствами*подразумевают вещества, отвечающие следующим критериям:

- а) в установленном законом порядке внесенные в список наркотических средств (юридический критерий);
- б) оказывающие специфическое действие (эйфоризирующее, седативное, стимулирующее и т.д.) на центральную нервную систему (медицинский критерий);
- в) немедицинское употребление вещества имеет такие масштабы, что оно приобретает социальную значимость (социальный критерий).

Разделение токсических и наркотических средств имеет в большей степени юридическое значение, поскольку уголовная ответственность предусмотрена за изготовление, приобретение, хранение и сбыт только в отношении веществ, которые включены в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденный постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 № 681. Психоактивные вещества, не включенные в Перечень, называются *токсическими,* хотя они и обладают всеми психотропными характеристиками наркотиков, а последствия от употребления некоторых токсических веществ бывают более тяжелыми. Целый ряд ПАВ не могут быть внесены в список наркотических средств по социальным и иным причинам (табак, алкоголь, средства бытовой химии, содержащие токсические вещества).

В соответствии с МКБ-10 к ПАВ относят алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, седативные или снотворные вещества, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители. Если имеет место употребление двух и более наркотических веществ со сформированной наркотической зависимостью, то устанавливается диагноз синдрома зависимости от нескольких психоактивных веществ (полинаркомания). Если сформирована зависимость к наркотическому средству и одновременно к другому веществу, не включенному в список наркотиков, то диагностируется осложненная наркомания.

Острая интоксикация психоактивными веществами. Острая интоксикация — это преходящее состояние, возникающее при приеме любого ПАВ, приводящее к расстройству сознания, восприятия, эмоций, когнитивных процессов, поведения, а также психофизиологических функций (изменение частоты сердечных сокращений, повышение либо понижение артериального давления, изменение цвета кожных покровов, сужение либо расширение зрачков, нарушение координации движений и пр.). Знание указанных физиологических признаков необходимо для предварительной диагностики состояния опьянения.

Острая интоксикация алкоголем.

Выделяют три разновидности этилового спирта:

- 1) получаемый из пищевого сырья (зерно, картофель);
- 2) синтетический (получаемый гидратацией этилена — одного из продуктов нефтегазовой промышленности);
- 3) гидролизный (продукт сбраживания сахаров, образующихся при гидролизе целлюлозы на целлюлозно-бумажных комбинатах).

Наименее токсичным является этиловый спирт из пищевого сырья. Однако современные методы позволяют очищать синтетические и гидролизные

спирты до утвержденных стандартов. Алкогольные фальсификаты и суррогаты алкоголя (денатурат, одеколоны, лосьоны, стеклоочистители и пр.) содержат большое количество токсичных примесей и при их употреблении возникают более тяжелые последствия, резко возрастает вероятность возникновения патологических форм опьянения.

Выделяются три стадии (степени) острой алкогольной интоксикации: легкая, средняя и тяжелая. Концентрация алкоголя в крови от 0,5 до 1,5 промилле (1 промилле = 0,1%) свидетельствует о легкой степени алкогольного опьянения, которая обычно проявляется повышенным настроением, ускорением ассоциаций, моторной растормо- женностью, многоречивостью, эмоциональной лабильностью. Отмечаются гиперемия (покраснение) лица, учащение пульса, нарушение координации.

Опьянение средней степени возникает при содержании алкоголя в крови от 1,5 до 2,5 промилле. При этом психические процессы замедляются, речь становится невнятной, снижается уровень суждений. Наблюдаются обидчивость, раздражительность, преобладает угрюмое настроение, безразличие к окружающему. Лицо бледнеет либо приобретает синюшный оттенок. Отмечаются нарушение координации движений, шаткость походки, нечеткость речи, снижение болевой чувствительности. Могут возникать тошнота и рвота.

Тяжелая степень алкогольного опьянения (содержание алкоголя в крови от 2,5 до 4 промилле) характеризуется угнетением сознания в диапазоне от легкого оглушения до комы, с утратой реакций на внешние раздражители. Могут отмечаться хаотичные движения, зрачки сужены, вяло реагируют на свет. При дальнейшем повышении концентрации алкоголя в крови может наступить смерть от паралича дыхательного центра.

Предельная переносимая концентрация алкоголя в крови колеблется в достаточно широком диапазоне. Для лиц, не употребляющих спиртные напитки, содержание алкоголя от 4 до 5 промилле может стать смертельной дозой. Больные алкоголизмом могут сохранять способность реагировать на внешние раздражители и даже поддерживать речевой контакт при содержании алкоголя в крови 6 промилле и более.

Чтобы определить содержание алкоголя в крови в промилле, используется следующая формула:

$$C = A / (P \cdot r) - b60 \cdot T,$$

где C — концентрация спирта в крови; *A* — количество выпитого спирта в граммах (объем спирта умножают на его плотность — 0,79384 г/см^3); *P* — масса тела в килограммах; г — фактор редукции. Эта величина показывает

долю принятого алкоголя, которая попадает в кровь. Для мужчин она составляет в среднем 0,68, для женщин — 0,55. Данный показатель меньше нормы у тучных людей и больше у детей; обычно берется среднее значение; *Ь60* — понижение концентрации алкоголя в крови за 1 час. Как правило, *b*60 лежит в пределах 0,100—0,160 г/л; обычно берется среднее значение 0,13. Этот показатель выше при приеме больших доз алкоголя; *Т* — время после приема алкоголя в часах.

Например, мужчина весом 70 кг выпил 100 мл водки крепостью 40 градусов три часа назад. В формулу С = *А* / (Р • г) - *b*60 • *Т* подставляем известные значения:

$$A = 0{,}40 \cdot 100 \text{ мл} \cdot 0{,}79384 \text{ г/мл} = 31{,}7536 \text{ г};$$

$$P = 70 \text{ кг}; r = 0{,}68; b60 = 0{,}13; T = 3.$$

Получаем: $C = 31{,}7536 / (70 \cdot 0{,}68) - 0{,}13 \cdot 3 = 0{,}277092437$ промилле.

После алкогольного опьянения средней и особенно тяжелой степени на следующий день наблюдается обезвоживание, сохраняются слабость, головная боль, головокружение, тошнота, может возникать повторная рвота, отмечается снижение как умственной, так и физической работоспособности.

Острая интоксикация препаратами опия. Опиаты относятся к классу наркотических анальгетиков и включают большую группу наркотических препаратов, получаемых из различных видов опийного мака. К наркотикам опийной группы относятся натуральные, синтетические и полусинтетические препараты. Наиболее распространенным натуральным препаратом является опий-сырец, который представляет собой подсохший млечный сок снотворного мака и в пересчете на сухое вещество содержит 10—11% морфина и 1% кодеина. Лекарственный препарат *омнопон* изготавливается из натурального опия и содержит смесь гидрохлоридов алкалоидов опия, используется для купирования болевого синдрома при паллиативной помощи онкологическим больным.

Наиболее распространенными синтетическими препаратами опийной группы являются промедол и метадон. В медицинской практике промедол используется в послеоперационном периоде для снятия боли.

Героин (диацетилморфин) относится к полусинтетическим наркотикам опийной группы, получается путем химического видоизменения молекулы морфина и обладает в *А*—5 раз большим наркотическим эффектом. Героин был впервые синтезирован в 1874 г., и вскоре немецкая фармацевтическая фирма «Байер АГ» выпустила «чудодейственное средство от кашля» под названием «героин» в виде сиропа и пилюль. В рекламных проспектах

сообщалось, что к новому лекарству нет никаких противопоказаний. Лишь в начале XX в. стало известно, что это сильнейший наркотик, а его эффективность объясняется эйфоризиру- ющими и болеутоляющими свойствами.

Препараты опия применяются путем курения, вдыхания внутрь, а также парентерально (преимущественно внутривенно). Интоксикация различными препаратами опия имеет общие черты и характеризуется состоянием эйфории. При приеме опиатов внутривенно эйфория имеет две фазы. Первая фаза (на жаргоне наркоманов — «приход») возникает непосредственно после введения препарата и может длиться до нескольких минут, когда субъект ощущает теплую волну, поднимающуюся от живота к голове. В голове ощущается легкий приятный безболезненный толчок или удар. «Приход» сопровождается приятным зудом кончика носа, подбородка, лба, пальцев рук и ног. Отмечается переживание состояния радости, блаженства, веселого приподнятого настроения, легкости течения мыслей. При ингаляционном, пероральном или внутримышечном приеме эта часть опьянения обычно отсутствует.

Затем наступает вторая фаза опьянения (на жаргоне наркоманов — «кайф», «таска»), состояние, которое пациенты с трудом передают словами, описывая как «радость, восторг». Неприятные мысли исчезают, все житейские проблемы «перестают существовать». Течение мыслей ускоряется, возникает чувство покоя, расслабленности, быстрая смена приятных представлений, грезы, которые быстро сменяют друг друга. В дальнейшем на 2—3 часа наступает сон. Для острой опийной интоксикации характерны узкие (почти точечные) зрачки, бледность, сухость кожных покровов, повышение, а затем и понижение артериального давления, угнетение дыхания, подавление кашлевого рефлекса, повышение болевого порога, снижение моторной активности кишечника. При передозировке препаратов опиатов сон переходит в сопор и кому, смерть наступает от паралича дыхательного центра и отека легких.

Острая интоксикация препаратами конопли (*каннабиса*). Употребление препаратов конопли является наиболее частой формой наркомании. Наркотическое действие оказывают вещества, содержащиеся в конопле — каннабиноиды, которых в конопле содержится около 60. Наиболее биологически активным является дельта- 9-тетрагидроканнабинол (ТГК), который обладает наркотическим действием. ТГК неравномерно распределен в различных частях растения, поэтому наркотик, приготовленный из стеблей и листьев конопли с небольшим добавлением цветков, называется марихуаной и содержит от 0,5 до 4% ТГК. Смолистое вещество, собранное из цветков травы конопли, называется гашиш (анаша, а на сленге наркоманов — «план», «дурь»), и содержание ТГК в нем может достигать 10—20%.

Наиболее распространенный способ употребления конопли — курение, реже она употребляется внутрь с пищей или напитками. При курении ТГК всасывается быстрее, его действие наступает почти мгновенно и достигает пика через 30 минут после приема. Действие гашиша в большей степени, чем у других наркотиков, зависит от установки лица на ожидаемый эффект. Первое в жизни курение гашиша может не вызвать никаких ощущений, эйфория возникает лишь после 2—3-го употребления. В некоторых случаях первые пробы курения сопровождаются неприятными ощущениями: головокружением, тошнотой, рвотой. Может также наблюдаться дискомфортное психическое состояние в виде тревоги, подавленности.

По мере привыкания к гашишу картина опьянения меняется. После курения через несколько минут появляется приятное ощущение легкости, тепла во всем теле. Отмечаются различные психосенсорные расстройства: изменяется восприятие окружающего и времени, цвета кажутся особенно яркими, звуки — громкими, течение времени — ускоренным. Искажается оценка расстояния: предметы кажутся находящимися дальше или ближе, чем в действительности. Опьянение сопровождается приподнятым настроением с дурашливостью и беспричинной смешливостью. Может наблюдаться заторможенность, апатия, нежелание общаться с окружающими. Мышление становится бессвязным, непоследовательным. Возникают деперсонализационные расстройства в форме нарушения схемы тела, раздвоенности своего «Я». В конце опьянения появляется резко повышенный аппетит.

Внешний вид больных в состоянии острой интоксикации каннаби- ноидами является достаточно характерным. Через 10—15 минут после курения лицо становится бледным, руки синюшными, холодными, развивается выраженная потливость, зябкость. Отмечается сухость во рту, повышенный блеск глаз, слезотечение, нарушения походки, координации, тремор. Речь становится спутанной, зрачки расширены, слабо реагируют на свет. К концу опьянения зрачки несколько сужаются. При передозировке гашиша могут развиваться психотические расстройства (гашишные психозы) в виде сумеречного помрачения сознания, острого параноида. Длительность острых психозов составляет от нескольких часов до нескольких дней.

Острая интоксикация седативными и снотворными средствами. К снотворным препаратам, вызывающим зависимость, относят производные барбитуровой кислоты и бензодиазепинового ряда. В терапевтических дозах барбитураты и бензодиазепины вызывают успокоение, дремотное состояние и сон. При употреблении 2—3-кратной терапевтической дозы возникает состояние эйфории. Условием состояния опьянения служит установка на получение эйфории и активное преодоление сонливости. Опьянение снотворными препаратами проявляется в заторможенности, нарушении координации движений. Ориентировка в месте, времени и собственной

личности в момент опьянения обычно сохранена. Вначале отмечается веселость, ощущение удовлетворения, прилива физических сил, энергии, желание двигаться, говорить, усиление аппетита. Веселье может легко сменяться гневом, агрессией по отношению к окружающим. В состоянии интоксикации снижается продуктивность умственной деятельности и уровень суждений, нарушается способность к запоминанию и воспроизведению информации. Может наблюдаться частичное запамятование состояния опьянения.

В состоянии острой интоксикации снотворными средствами отмечается повышенное слюно- и потоотделение, гиперемия склер и кожи лица. Отмечаются замедление ритма сердечных сокращений, снижение артериального давления. Зрачки расширены, их реакция на свет вялая, выявляется нистагм при взгляде в стороны, двоение в глазах, нарушение координации движений, речь становится смазанной. В дальнейшем наступает глубокий сон продолжительностью несколько часов.

По выходе из состояния интоксикации больные испытывают вялость, разбитость, головную боль, снижение когнитивных функций, тошноту, жажду. При значительном превышении токсической дозы препарата последовательно развиваются проявления угнетения сознания: оглушение, сопор, кома. Артериальное давление резко падает, сердцебиение учащается. Смерть наступает от паралича дыхательного центра, острой печеночной недостаточности, остановки сердца.

Острая интоксикация психостимуляторами. К психостимуляторам относятся кокаин, амфетамины, разнообразные кустарно изготовленные препараты эфедрина: первитин (на жаргоне наркоманов «винт»), эфедрой («джеф») и др., а также кофеин.

Кокаин — это второй социально значимый наркотик после опиатов (в плане распространенности и социальных последствий). Он является алкалоидом и содержится в листьях кустарника Erythroxylon Coca, произрастающего в Южной Америке. Жевание листьев коки было распространено среди коренного населения латиноамериканских стран. Листья растения содержат небольшое количество чистого алкалоида кокаина — от 0,5 до 1,5%. При жевании листьев коки происходит медленная частичная экстракция активного вещества, его постепенное всасывание в небольших количествах и достаточно быстрое разрушение в печени. Жевание коки оказывает незначительное стимулирующее воздействие, поднимает настроение, хорошо снимает усталость и не является серьезной общественной проблемой в странах Латинской Америки. Выделенный чистый кокаин, представляющий собой белый кристаллический порошок (кокаина гидрохлорид) — сильный стимулятор центральной нервной системы. Порошок кокаина вдыхают ноздрями или вводят внутривенно в виде водного раствора. Крэк — более

дешевая версия кокаина, которую курят. Крэк получают смешением кокаина, пищевых щелочных растворов и воды, после чего смесь высушивают или выпаривают. Крэк стал массовым явлением в трущобах таких городов, как Нью-Йорк и Амстердам. Свое название (от англ, *crack*— треск, хруст) наркотик получил из-за потрескивания при курении. Эффект эйфории, в отличие от эйфории после приема кокаина (которая продолжается от 20 минут до часа) у крэка длится 15—20 минут, после чего организм начинает требовать следующую дозу. Если при назальном употреблении кокаина наркотик всасывается в кровь очень медленно, то при курении он всасывается мгновенно. Наркоманы, курящие крэк, называют себя крэкерами, а притоны, где курят крэк, называются «крэк-хаусами» (crack-house).

Кокаиновое опьянение характеризуется подъемом настроения, эйфорией, ощущением легкости во всем теле, переоценкой собственных возможностей, повышенной активностью. Возникает ощущение небывалой сообразительности, преувеличенные представления о своих возможностях, характерно половое возбуждение. Наблюдается также учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, озноб во всем теле, чередующийся с жаром.

При употреблении высоких доз могут развиваться кокаиновые психозы: делирий, онейроид, параноид. Отмечаются страх, растерянность, отдельные слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации. У пациента возникает ощущение, что по телу ползают насекомые, он пытается ловить их и давить, расчесывает кожу. Обычно кокаиновые психозы исчезают после ночного сна, но в некоторых случаях могут продолжаться несколько дней. При передозировке кокаина появляются нарушения сердечного ритма, отмечаются и судорожные припадки. Смерть может наступить вследствие паралича дыхательного центра и остановки сердца.

В настоящее время известно более 50 видов синтетических психостимуляторов. Все препараты данной группы вызывают психический подъем, стремление к деятельности, устраняют чувство усталости, создают субъективное ощущение ясности ума, уверенности в своих силах. Эйфория может достигать степени экзальтации, внезапного озарения. Окружающее воспринимается обостренно. Краски становятся яркими, звуки — глубокими. При приеме эфедрона отмечается ощущение невесомости своего тела. При одурманивании первитином субъект чувствует себя «растворенным в окружающем пространстве». Возникают мысли о собственном могуществе, способностях предугадывать события. Характерны двигательная активность, многоречивость, повышенная общительность.

В состоянии интоксикации наблюдаются бледность кожных покровов, сухость слизистых, тахикардия, нарушения сердечного ритма, тошнота,

рвота, головная боль, тремор. При передозировке возможны боль в груди, обмороки. Зрачки расширены, ослаблена реакция на свет. Смерть может наступить от остановки сердца. По выходе из состояния острой интоксикации отмечаются выраженная слабость, эмоциональная подавленность, повышенная раздражительность, тревога, апатия. При передозировке психостимуляторов могут развиваться острые психозы (параноиды и делирии) длительностью до 1—2 суток со слуховыми галлюцинациями, бредовыми идеями преследования, отношения.

Последние десятилетия получил распространение препарат, известный под названием «экстази». Он представляет собой 3,4-метилендиок-симетамфетамин (МДМА). «Экстази» обычно употребляется в таблетках, его часто принимают молодые люди в ночных клубах, барах. После приема таблетки они испытывают состояние подъема, могут танцевать всю ночь, не чувствуя усталости. На первом этапе опьянения «экстази» возникает ощущение всеобщего единения, любви к людям, блаженства, восторга. Этот период продолжается около 30 минут, затем наступает собственно стимулирующий эффект: жажда деятельности, желание танцевать, двигаться. Наблюдаются иллюзорные обманы восприятия, особенно в условиях дискотеки со светомузыкальными эффектами, визуализация представлений, сексуальное возбуждение. Отмечается увеличение частоты сердечных сокращений, повышение артериального давления. По окончании действия препарата возникают слабость, сонливость, эмоциональная подавленность, тревога, тошнота, озноб.

К стимуляторам также относится *кофеин,* который содержится в кофе, чае, какао, шоколаде, коле и некоторых других напитках. В чашке натурального сваренного кофе содержится от 0,1 до 0,2 г кофеина, в чашке растворимого кофе — 0,05 г кофеина, в чашке чая от 0,03 до 0,07 г кофеина. В стакане пепси или колы — 0,03—0,045 г. Злоупотребление кофеином в наиболее очевидной форме наблюдается при приеме чифиря — напитка, приготовленного путем длительного кипячения большого количества чая (100—150 г) в небольшом количестве воды (200—300 мл). При употреблении чифиря интоксикация связана не только с наличием кофеина, но и других веществ, содержащихся в чае.

После приема большой дозы кофеина развивается состояние, напоминающее гипоманиакальное. Повышается настроение, отмечается повышенная активность, прилив сил, бодрости, яркое восприятие окружающего, ускорение мыслительного процесса. Может наблюдаться конфликтность и агрессивность. При злоупотреблении чифирем нередко возникают делириозные состояния продолжительностью 1—2 суток. При интоксикации кофеином отмечаются повышение артериального давления, учащение сердечного ритма, головная боль, легкий тремор, оживление сухожильных рефлексов. Смертельная доза кофеина составляет около 20 г.

Острая интоксикация галлюциногенами. К галлюциногенам относят ПАВ, которые способны вызывать галлюцинации. В настоящее время известно более 100 естественных и синтетических галлюциногенов. Наиболее распространенными из них являются: псилоцибин, который содержится в одном из видов мексиканских грибов; мескалин, содержащийся в кактусе пейоте; синтетический препарат диэтиламид лизер- гиновой кислоты (ЛСД); кетамин, применяемый в качестве средства для наркоза при операциях; циклодол — корректор неврологических осложнений, которые возникают при лечении нейролептиками.

При употреблении природных галлюциногенов возникают психотические формы опьянения в форме непродолжительных онейроидо- подобных состояний. Окружающее кажется нереальным, необычно ярким, зрительные сценоподобные галлюцинации сменяют друг друга, как в калейдоскопе. Характерны явления дереализации и деперсонализации с ощущением раздвоенности личности и необычными способностями наблюдать за собой со стороны. Длительность подобного состояния составляет от часов до суток.

ЛСД обычно принимают внутрь, действие при этом наступает через час после употребления и продолжается в течение 8—12 часов. Сначала появляется иллюзорное восприятие окружающего, а затем возникают зрительные галлюцинации различного содержания, могут наблюдаться слуховые, вкусовые, обонятельные и тактильные галлюцинации. Одна из особенностей интоксикации ЛСД — оживление в памяти событий далекого прошлого. Эмоциональная сфера характеризуется сменой полярных аффектов — эйфория сменяется подавленным настроением в сочетании с заторможенностью, тревогой. Характерны нарушения восприятия времени — оно субъективно то ускоряется, то замедляется, может возникнуть ощущение, будто время остановилось. Искажаются размеры предметов, которые воспринимаются отделенными от пациента, все кажется чуждым, безжизненным. Нарушается и восприятие собственного тела, кажется, что отдельные его части искажаются, увеличиваются, уменьшаются. Может возникать ощущение отделения собственного «Я» от тела.

Поведение лиц при интоксикации ЛСД зависит от содержания галлюцинаций и других психопатологических расстройств. Когда имеется критическое отношение к психическим расстройствам, может наблюдаться пассивность. В других же случаях галлюцинаторно-параноидные состояния определяют поведение больных, возможны проявления агрессии и аутоагрессии. В состоянии опьянения могут отмечаться головная боль, головокружения, повышение температуры тела, учащенное мочеиспускание, расширение зрачков, повышение сухожильных рефлексов. По выходе из состояния одурманивания (несколько часов) возникают непродолжительные депрессивные состояния, нередко с суицидальными тенденциями.

Острая интоксикация в результате употребления летучих растворителей.

Ингалянты — летучие вещества, которые вдыхают с целью достижения состояния одурманивания. Используются разнообразные алифатические и ароматические углеводороды, входящие в состав средств бытовой и промышленной химии: бензин, пятновыводители, растворители, ацетон, галогенизированные углеводороды (трихлорэтилен, перхлорэтилен) и др.

Наиболее распространенный способ употребления — вдыхание паров летучих жидкостей в надетом на голову целлофановом пакете или вдыхание паров из бумажного или пластикового пакета, в который вложена ткань, пропитанная ингалянтом. Эффекты всех летучих растворителей сходны между собой, имеются лишь некоторые различия в характере состояния одурманивания. После первых вдохов возникают головокружение, раздражение верхних дыхательных путей (першение в горле, кашель), покраснение лица. Зрачки расширяются, нарушается координация движений, речь становится смазанной, замедляются реакции на внешние раздражители, возникает ощущение легкого одурманивания. Если вдыхание прекращается, то состояние опьянения продолжается еще 10—15 минут и сменяется головной болью, головокружением, тошнотой. Если вдыхание паров продолжается, возникает состояние эйфории, появляются психосенсорные расстройства: искажаются формы и размеры окружающих предметов, цвета воспринимаются более ярко, услышанные звуки многократно повторяются, превращаясь в «бесконечное эхо». Симптом «эхо» очень характерен для интоксикации ингалянтами. При продолжении вдыхания у пациентов развиваются яркие сценоподобные зрительные галлюцинации, зачастую напоминающие мультипликацию (на подростковом сленге «смотреть мультики»), они перестают реагировать на окружающее. К зрительным галлюцинациям могут присоединиться слуховые. Аффективное состояние находится в зависимости от содержания галлюцинаций. Токсикоманы могут испытывать радость, блаженство или страх, беспокойство.

Галлюцинации исчезают через 1—2 минуты после прекращения вдыхания ингалянта с постепенным восстановлением ориентировки в окружающем. Возникают головокружение, головная боль, вялость, слабость, разбитость, тошнота, рвота. Отмечается покраснение лица, учащенное сердцебиение, расширение зрачков, нарушение координации движений, дисфорично-злобное настроение с повышенной раздражительностью. Остаточные явления интоксикации длятся от нескольких часов до 2—3 суток, при этом длительное время сохраняется неприятный привкус во рту. При передозировке возможно развитие сопора и комы.

*Судебно-психиатрическая оценка состояний острой интоксикации ПАВ.*Провоцирующая роль ПАВ, и особенно алкоголя, при совершении противоправных действий общеизвестна. Так, более 30% всех

правонарушений совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Судебно-психиатрическая оценка состояний острой интоксикации ПАВ осуществляется в соответствии с нормами ст. 23 УК, согласно которой лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности. Поэтому состояние алкогольного либо наркотического опьянения, отмечавшееся во время совершения правонарушения, не лишает лицо возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Подобная позиция законодателя обусловлена тем, что состояние острой интоксикации возникает, как правило, вследствие сознательного приема ПАВ, причем осознанными являются не только факт приема, но и принятая доза, которая в значительной мере и определяет поведение лица. Иными словами, лицо, сознательно приводящее себя в состояние одурманивания, одновременно понимает возможные общественно опасные последствия данного поступка.

Хотя состояние опьянения не является психической болезнью, тем не менее при употреблении ПАВ возникают нарушения психической деятельности, сопровождающиеся снижением способности к осознанной произвольной регуляции своего поведения. В УК приводится перечень обстоятельств, при которых возможно смягчение наказания. Это ситуации, когда преступление совершено «...вследствие случайного стечения обстоятельств» (п. «а»), «...в результате физического или психического принуждения» (п. «е»), при исполнении «приказа или распоряжения» (п. «ж» ч. 1 ст. 61 Кодекса). Подобные условия дают основания для постановки вопроса о возможности применения в некоторых случаях в отношении лиц, находившихся во время совершения правонарушения в состоянии острой интоксикации ПАВ, норм ст. 22 УК. При этом требуется тщательный анализ не только развившихся в результате приема ПАВ психических расстройств, но и тех обстоятельств, при которых возникло состояние опьянения [Злоупотребление психоактивными веществами, 2003]. Такими обстоятельствами являются: осознанность приема ПАВ; приведение в состояние опьянения насильственным путем или путем обмана; осведомленность лица о действии употребляемого им ПАВ; наличие или отсутствие субъективного опыта употребления данного ПАВ; связь приема ПАВ с иным психическим расстройством (например, компульсивное патологическое влечение, депрессивное или гипоманиакальное состояние и пр.).

Клиника и судебно-психиатрическая оценка *патологического опьянения,* представляющего собой парадоксальную реакцию в ответ на прием небольшого количества алкоголя и являющегося кратковременным, внезапно возникающим психозом, основная черта которого сумеречное помрачение сознания, излагаются в гл. 19 учебника.

Синдром зависимости. Как правило, злоупотребление алкоголем, наркотиками и токсическими веществами ведет к формированию синдрома зависимости — хронического алкоголизма (при злоупотреблении алкоголем), наркомании (при употреблении веществ, отнесенных к списку наркотиков), токсикомании (при злоупотреблении веществами, которые не включены в список наркотиков).

Зависимость от ПАВ — это заболевание мозга, сходное по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющееся комплексом поведенческих нарушений, выступающих результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды. В соответствии с действующей классификацией (МКБ-10) диагноз синдрома зависимости может быть поставлен при обнаружении трех из следующих признаков:

- а) сильное желание употребить ПАВ;
- б) сниженная способность контролировать прием вещества;
- в) возникновение состояния отмены (абстинентного синдрома) при прекращении употребления вещества;
- г) стремление увеличивать дозу вещества с повышением толерантности;
- д) «забвение» прежних интересов в пользу употребления вещества;
- е) продолжение употребления вопреки вызываемым им вредным последствиям.

В литературе также описываются характерные признаки синдрома зависимости от ПАВ: психическая зависимость, физическая зависимость, изменение толерантности.

Психическая зависимость — это болезненное стремление непрерывно или периодически принимать ПАВ с целью испытать желаемые ощущения либо снять явления психического дискомфорта. Состояние психического комфорта возникает только при опьянении (одурманивании), вне опьянения снижается настроение, появляются раздражительность, постоянные мысли об употреблении ПАВ. Психическая зависимость возникает всегда при систематическом употреблении наркотиков, но может развиться и после однократного их приема. Выделяют психическое (психологическое) и компульсивное влечение к употреблению ПАВ. Психическое влечение характеризуется постоянными мыслями о наркотике, которые занимают ведущее место в сознании больного, сопровождаются подъемом настроения, оживлением в предвкушении его приема и подавленностью, неудовлетворенностью при его отсутствии. Психическое влечение сопровождается борьбой мотивов и частичной критикой. *Компульсивное влечение* проявляется неодолимым стремлением к наркотизации и нередко вытесняет все другие влечения (голод, жажду), определяет эмоциональное

состояние, поведение больных, может сопровождаться сужением сознания, полным отсутствием критики.

Физическая зависимость проявляется тягостными физическими ощущениями, нарушениями функций внутренних органов и нервной системы, которые быстро проходят при введении привычной дозы ПАВ. Эти нарушения обозначаются как абстинентный синдром, или синдром отмены. Проявления абстинентного синдрома при разных видах зависимости различны и связаны с типом ПАВ, употребляемыми дозами, длительностью приема, способом введения. Абстинентный синдром характеризуется появлением беспокойства, тревоги, нарушениями сна либо апатией, бездеятельностью. Выделяют острый период абстинентного синдрома, когда симптоматика, характерная для данного вида наркомании, наиболее развернута, и отставленный период абстинентного синдрома, или «период неустойчивого равновесия» [Пятницкая, 1994], когда на первый план выступают астенические, аффективные нарушения и расстройства поведения. Описаны случаи, когда спустя несколько недель после прекращения приема наркотиков у больных опийной наркоманией появляется симптоматика, характерная для острого абстинентного синдрома. Это состояние называется «сухая абстиненция». Физическая зависимость является основным фактором, определяющим непрерывное использование наркотических препаратов или возврат к употреблению после отмены. Вместе с тем при употреблении некоторых наркотических средств физическая зависимость (абстинентный синдром) не развивается.

Изменение толерантности — один из основных признаков формирования зависимости от ПАВ. Толерантность к ПАВ определяется его минимальной дозой, способной вызвать желаемый психофизический эффект (состояние одурманивания, купирование абстинентных явлений). Через некоторое время после начала систематического употребления ПАВ первоначальная доза перестает оказывать желаемое действие, и пациент вынужден увеличивать дозу для достижения прежнего эффекта (повышение разовой дозы) или употреблять данное вещество большее число раз в течение суток (увеличение суточной дозы).

На первой стадии формирования синдрома зависимости, как правило, отмечается повышение и разовой, и суточной дозы вещества; на второй стадии нарастает разовая доза ПАВ при стабилизации суточной дозы, которая достигает своего максимума и на протяжении длительного отрезка времени остается постоянной. Наркоман может переносить дозы наркотика, значительно превышающие терапевтические и даже в отдельных случаях смертельные для здорового человека. В дальнейшем при введении наркотического средства эйфория не возникает, а увеличение дозы вызывает передозировку. Введение наркотика лишь предотвращает появление

абстинентных явлений. Это означает переход к третьей (конечной) стадии синдрома зависимости.

У больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией формируются специфические изменения личности, наиболее выраженные на третьей стадии синдрома зависимости. Они проявляются в морально-этическом снижении, холодном эгоизме, поглощенности вопросами употребления и поиска ПАВ. Больные утрачивают прежние привязанности и интересы, безразлично относятся к семье, нарушают социальные нормы. При продолжающемся приеме ПАВ появляются нарушения памяти, интеллекта, а на отдаленных этапах нарастает психоорганический синдром с формированием слабоумия.

Синдром зависимости от алкоголя.

Синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм) формируется постепенно и включает три стадии.

Первая стадия синдрома зависимости от алкоголя характеризуется формированием синдрома психической зависимости. Лица, злоупотребляющие алкоголем, начинают искать причины, оправдывающие выпивку, вне опьянения испытывают раздражение, чувство дискомфорта и только в состоянии алкогольной интоксикации — чувство психологического удовлетворения, появляются постоянные мысли о спиртном. Формирование патологического влечения к употреблению алкоголя сопровождается появлением неврозоподобных расстройств в виде нарушений сна, повышенной утомляемости, рассеянности, раздражительности. Одним из ранних признаков формирования алкоголизма является утрата рвотного рефлекса. Постепенно теряется способность контролировать количество выпитого и учитывать ситуацию при распитии спиртных напитков (утрата количественного и ситуационного контроля). Привычная доза алкоголя не вызывает прежних психологических эффектов, для их достижения доза постепенно увеличивается в несколько раз, вместо слабых спиртных напитков все чаще принимаются крепкие (рост толерантности). На фоне употребления больших доз алкоголя возможно частичное запамятование событий (амнезия периода опьянения). Появляются первые признаки личностных изменений: снижение чувства ответственности, халатность, пассивность, уклонение от служебных и домашних обязанностей, сужение диапазона интересов.

Вторая стадия синдрома зависимости от алкоголя характеризуется формированием алкогольного абстинентного синдрома, проявляющегося психическими и вегетативными расстройствами. На следующий день после употребления алкоголя у больных отмечается общее нарушение самочувствия с разбитостью, повышенной раздражительностью,

подавленным настроением, тревогой на фоне потливости, перебоев в работе сердца, тремора конечностей и всего тела. Абстинентный (похмельный) синдром устраняется приемом алкоголя, который возвращает пациента в состояние комфорта, купирует вегетативные расстройства. Постоянное опохмеление ведет к ежедневному пьянству и неконтролируемому приему алкоголя — формируется постоянный либо запойный тип употребления спиртных напитков. Картина алкогольной интоксикации меняется. Период эйфории сокращается, появляются поведенческие нарушения в виде возбудимых форм поведения. Толерантность к алкоголю возрастает в 4—6 раз по отношению к исходной дозе и сохраняется на протяжении ряда лет. Алкогольные амнезии становятся постоянными и принимают форму палимпсестов (запамятование отдельных эпизодов периода опьянения). Становятся отчетливыми признаки устойчивого морально-этического снижения и огрубления.

Третья стадия синдрома зависимости от алкоголя характеризуется снижением толерантности к алкоголю, что проявляется как потребность в меньших, чем ранее, дозах спиртного для достижения опьянения. В связи со снижением толерантности и постоянной потребностью в опохмелении изменяется характер потребления алкоголя. Больной в течение дня дробными дозами употребляет алкогольные напитки и постоянно пребывает в состоянии алкогольного опьянения, абстинентная симптоматика становится смазанной. Симптоматика опьянения лишается эйфорической окраски, преобладает раздражительный дисфорический аффект, недовольство всем окружающим. Амнезии часто охватывают весь период опьянения. При отмене алкоголя абстинентный синдром протекает с выраженными психопатологическими проявлениями: бессонницей, иллюзорными и галлюцинаторными расстройствами, идеями отношения, преследования. В состоянии абстиненции проявляются интеллектуальная несостоятельность, элементы дезориентировки во времени и месте, возможны эпилептические припадки. У больных проявляется выраженный дефект психики в виде огрубления эмоций, исчезновения привязанностей, утраты прежних предпочтений, преобладают интересы, связанные с алкоголем. Отмечаются ослабление памяти, интеллекта, пассивность, снижение критических способностей, упадок работоспособности с невозможностью заниматься систематическим трудом.

Синдром зависимости от наркотических средств (наркомании).

Выше уже были рассмотрены основные закономерности развития синдрома зависимости от ПАВ. Поэтому далее будут освещены особенности, присущие различным видам наркомании.

Синдром зависимости от опиатов (опийная наркомания).

Отличительной чертой опийных наркоманий является быстрое формирование синдрома зависимости при инъекционной форме потребления. Патологическое влечение к употреблению наркотика формируется после 2—5 инъекций героина. На первой стадии синдрома зависимости характерен рост толерантности в 3—5 раз. В отсутствие наркотика возникает чувство психической напряженности, общего дискомфорта. Эта стадия зависимости продолжается в среднем 2—3 месяца, при этом прием наркотика сопровождается кожным зудом, который при каждой последующей инъекции уменьшается, а его исчезновение является одним из признаков перехода к следующей стадии. На второй стадии картина опьянения видоизменяется. Интенсивность «прихода» значительно уменьшается, толерантность многократно возрастает (иногда в 100 и более раз по отношению к первоначальной), жизнь больных подчиняется поиску наркотического средства. Формируется абстинентный синдром, проявляющийся обычно к концу вторых суток отмены наркотика. Отмечаются неприятные ощущения в мышцах («сводит», «крутит»), судороги конечностей, озноб, сменяющийся ощущением жара, боли в животе, понос, рвота, нарушается сон. Больные аффективно напряжены, раздражительны, подавлены, аппетит отсутствует, отмечается заметная потеря массы тела. Состояние абстиненции длится 5—10 дней. При опийной наркомании выраженного интеллектуального дефекта обычно не наблюдается, имеются затруднения концентрации внимания, неспособность к устойчивой целенаправленной деятельности. На третьей стадии отмечается падение толерантности к наркотику, его прежняя комфортная доза вызывает чувство слабости. Для опийных наркоманов характерны следы от внутривенных инъекций на коже рук, ног, в области шеи, склерозированные вены.

Синдром зависимости от каннабиноидов (гашишизм).

На первой стадии синдрома зависимости сглаживаются имевшиеся первоначально вегетативные реакции, возрастает толерантность, формируется психическая зависимость к эйфоризирующему действию наркотика. На второй стадии характер опьянения меняется, начинает преобладать стимулирующее действие наркотика, его курение приводит субъекта в состояние собранности, психофизической активности, настроение становится приподнятым. Абстинентный синдром формируется медленно и выражен незначительно. После отмены наркотика в течение месяца могут наблюдаться вялость, слабость, зевота, озноб, расширение зрачков, нарушение сна и аппетита, дисфорично-злобное настроение. На второй стадии синдрома зависимости могут отмечаться нарушения психических функций и личностные изменения в виде снижения памяти, сообразительности, утраты прежних интересов, пренебрежения социальными обязанностями. Эта стадия протекает длительно — до 10 лет. На третьей стадии отмечаются отчетливое интеллектуальное снижение, астенические расстройства. Употребление гашиша оказывает лишь стимулирующий

эффект. У лиц с гашишной наркоманией могут развиваться психотические расстройства (гашишные психозы) в виде делириозного помрачения сознания, галлюцинаторнопараноидного синдрома. На третьей стадии формируется органическая деменция.

Синдром зависимости от снотворных средств (барбитуровая наркомания).

Спустя несколько месяцев после начала употребления терапевтической дозы барбитуратов происходит формирование физической зависимости. Рост толерантности в 3—5 раз свидетельствует о первой стадии синдрома зависимости, длительность которой составляет 3—4 месяца. На второй стадии зависимости формируется неконтролируемое влечение к употреблению наркотика, меняется характер опьянения, утрачивается количественный контроль. При приеме больших доз барбитуратов возникает помрачение сознания с длительным сном и последующей амнезией. При отмене наркотика состояние абстиненции развивается в течение первых суток, отмечаются озноб, рвота, боли в желудке, расширение зрачков, потливость, тревога, беспокойство. Возникают мышечные судороги, боль в суставах, возможны судорожные припадки, развитие делириозного помрачения сознания со зрительными галлюцинациями. На третьей стадии барбитуровой наркомании происходит падение толерантности. При злоупотреблении барбитуратами лицами молодого возраста в течение нескольких лет формируется деменция с торпидностью психических процессов. У больных старших возрастных групп снижение интеллектуально-мне- стической функции происходит в более длительные сроки, могут присоединяться аффективные нарушения.

Синдром зависимости от психостимуляторов появляется после нескольких внутривенных инъекций. Сначала возникает психическое влечение к употреблению наркотика, которое занимает доминирующее место в сознании больного, что является признаком формирования *первой стадии* зависимости, продолжающейся около месяца. Толерантность возрастает, происходит увеличение частоты инъекций и переход ко *второй стадии,* на которой разовая доза увеличивается в несколько раз, а суточная доза достигает максимума за счет многократного учащения введения наркотика. Состояние абстиненции характеризуется дисфорией и депрессивными расстройствами с суицидальными мыслями, нарушениями сна, когда больные не могут заснуть несколько дней. Пациент испытывает головную боль, ощущение слабости, разбитости, мышечных судорог. В состоянии абстиненции возможны острые делириозные психозы. *Третья стадия* характеризуется снижением толерантности, состояние эйфории после введения наркотика становится непродолжительным и быстро сменяется депрессией, дисфорией. У больных нарастают проявления энцефалопатии, наблюдаются снижение памяти и уровня суждений, повышенная утомляемость, вялость, бездеятельность, сниженное настроение,

неспособность к длительным волевым усилиям. Лица с синдромом зависимости от психостимуляторов оставляют учебу, работу, у них отмечается нарастающая житейская несостоятельность и социальная дезадаптация.

Синдром зависимости от галлюциногенов.

У части лиц, употребляющих галлюциногены, формируется психическая зависимость, возникает сильное влечение к возобновлению интоксикации. Толерантность растет относительно быстро, но так же быстро идет на убыль после прекращения употребления наркотика. Физическая зависимость при употреблении галлюциногенов, как правило, отсутствует. Выделить стадии синдрома зависимости от галлюциногенов сложно, поскольку лица, их принимающие, спустя некоторое время отказываются от их употребления либо переходят на прием других ПАВ. Резкий отказ от галлюциногенов приводит к возникновению абстинентных явлений в виде сниженного настроения,страхов, тревоги.

*Синдром зависимости, возникающий при употреблении летучих растворителей.*Ингалянты наиболее часто употребляют подростки, которым малодоступны другие наркотические средства. Обычно подростки начинают вдыхать летучие растворители в компании сверстников; к систематическому употреблению переходят те из них, у которых вдыхание ингалянта вызвало эйфорию. Признаками зависимости являются переход от группового употребления к одиночному, учащение ингаляций и увеличение их длительности. При вдыхании некоторых органических растворителей галлюцинации становятся «управляемыми», больные могут «заказывать» галлюцинации на определенные темы. Абстинентный синдром развивается спустя несколько месяцев после начала систематического вдыхания растворителей. При прекращении употребления ингалянта отмечаются подавленное настроение, раздражительность, головная боль, бессонница, потливость, тремор конечностей. Эти нарушения наблюдаются в течение нескольких дней и постепенно сглаживаются. Уже на начальных этапах употребления препаратов у больных происходит интеллектуальное снижение, появляются аффективные нарушения в виде раздражительности, склонности к агрессивным вспышкам. Спустя 18—20 месяцев систематического употребления формируются выраженные неврологические расстройства в виде полиневропатии, токсическое поражение печени, почек, желудочно-кишечного тракта. Токсическая энцефалопатия проявляется психоорганическим синдромом. Она быстрее формируется у подростков с резидуальным органическим поражением мозга.

Судебно-психиатрическая оценка.

Лица с синдромом зависимости от ПАВ первой и второй стадий признаются вменяемыми. Противоправные действия этих лиц определяются деформацией нравственных ориентиров, корыстными мотивами, повышенной возбудимостью, агрессивностью. Однако имеющиеся у них психические нарушения не оказывают влияния на осознание ими своего правового поведения, и эмоционально-волевые расстройства выражены не столь значительно, чтобы лишать их способности к осознанной произвольной регуляции своего поведения.

Признаются вменяемыми и большинство лиц с третьей стадией синдрома зависимости от ПАВ. Исключение составляют больные с грубой деградацией личности, при выраженных интеллектуально-мнестиче- ских расстройствах и эмоционально-волевых нарушениях, отвечающих медицинским критериям «слабоумие» либо «иное болезненное состояние психики» формулы невменяемости. Лицам с конечной стадией синдрома зависимости от ПАВ, которые во время совершения инкриминируемого деяния не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, с учетом особенностей психического состояния и опасности для себя и других лиц могут быть назначены те или иные принудительные меры медицинского характера.

В соответствии с Федеральным законом от 08.12.2003 № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации» п. «г» ч. 1 ст. 97 Кодекса о назначении принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, совершивших преступление и признанных нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании, был признан утратившим силу. Поэтому ответ на вопрос о том, нуждается л и подэкспертный в принудительном лечении от алкоголизма и наркомании, не входит в компетенцию судебно-психиатрических экспертов. Вопрос о проведении лечения лицам, страдающим алкоголизмом и наркоманией, решается врачами медицинских учреждений ФСИН России.

В рамках гражданского процесса лица, злоупотребляющие спиртными напитками и наркотическими средствами и тем самым ставящие свою семью в тяжелое материальное положение, могут быть ограничены судом в дееспособности. Над ними устанавливается попечительство (ст. 30 ГК). Как правило, по данной категории дел СПЭ не проводится, поскольку речь идет не о синдроме зависимости от ПАВ, являющемся психическим расстройством, а о факте злоупотребления спиртными напитками и наркотическими веществами, оценка которого не требует специальных познаний в области психиатрии.

В то же время экспертные подходы к оценке сделкоспособности лиц с синдромом зависимости от ПАВ существенно отличаются от таковых в уголовном процессе. Судебно-психиатрическая оценка способности

понимать значение своих действий и руководить ими при заключении сделки проводится с учетом выраженности психических нарушений и стадии зависимости от ПАВ.

Лица, страдающие синдромом зависимости первой стадии, в момент сделки могут понимать значение своих действий и руководить ими. Судебно-психиатрическая оценка синдрома зависимости второй стадии осуществляется дифференцированно с учетом наличия в момент заключения сделки состояния запоя (при злоупотреблении алкоголем) либо абстиненции. Если больной со второй стадией синдрома зависимости в момент заключения сделки находился в состоянии длительного запоя либо тяжелой абстиненции со свойственной ей клинической картиной психических нарушений, то выносится экспертное решение о его неспособности понимать значение своих действий и руководить ими. В отношении лиц с третьей стадией синдрома зависимости от ПАВ обычно выносится экспертное решение об их неспособности при заключении сделки понимать значение своих действий и руководить ими. При этом учитывается глубина и выраженность интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых расстройств, а также состояние, в котором находился пациент: абстиненции, запоя либо стойкой ремиссии.

Алкогольные психозы.

Алкогольный делирий (белая горячка) — острый алкогольный психоз, развивающийся на фоне хронической алкогольной интоксикации и характеризующийся помрачением сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий, образного бреда при сохранности самосознания. Делирий обычно развивается на 7—10-м году алкогольной зависимости после многодневного запоя или длящегося месяцами ежедневного пьянства на фоне выраженных абстинентных явлений. На долю алкогольного делирия приходится более 70% всех алкогольных психозов. Алкогольный делирий может провоцироваться присоединением соматического заболевания (обычно инфекционного), травмами. Развернутой картине делирия предшествует, как правило, продромальный период, для которого характерны общая напряженность, настороженность, тревожность, беспокойство, страх на фоне нарушений сна. У больного появляются кошмарные сновидения, частые пробуждения, выраженные вегетативные нарушения (потливость, слабость, общий тремор). Отмечаются обманы восприятия в виде иллюзий, парейдолий, отрывочных зрительных галлюцинаций перед засыпанием. Закрывая глаза, больные видят устрашающие образы, которые исчезают при открывании глаз.

В развернутой стадии белой горячки возникают яркие зрительные галлюцинации сценоподобного характера. Содержание галлюцинаций может быть различным. Больные воспринимают галлюцинаторные образы и ведут

себя так, словно сами являются участниками происходящего — они беспокойны, жестикулируют, прячутся, нападают. При тактильных галлюцинациях стряхивают с себя мелких животных, «обираются». У них отмечается повышенная готовность к возникновению галлюцинаций, это проявляется в том, что больных легко заставить «увидеть» пятна на белом листе бумаги, некие образы на стене. Бредовые переживания в основном отражают содержание галлюцинаций. В период алкогольного делирия больные часто находятся в состоянии психомоторного возбуждения, могут совершать действия, опасные для себя и окружающих.

Длительность алкогольного делирия составляет от нескольких часов до нескольких суток. По выходе из алкогольного делирия у больных сохраняются переживания о психопатологических переживаниях при частичном или полном запамятовании реальных событий. Алкогольный делирий — состояние, угрожающее жизни больного, и при отсутствии адекватной терапии в 10—20% оно заканчивается летальным исходом. В судебно-психиатрической практике нередки случаи, когда делирий возникает непосредственно после ареста по уголовному делу в изоляторе временного содержания на фоне синдрома отмены после вынужденного прерывания запоя.

Алкогольный галлюциноз — острое психотическое состояние, которое характеризуется истинными слуховыми галлюцинациями на фоне сохранных сознания и ориентировки в месте, времени и собственной личности. Алкогольный галлюциноз встречается в 5 раз реже, чем алкогольный делирий. В большинстве случаев галлюциноз также развивается на фоне абстиненции. Вначале возникают эпизодически элементарные слуховые галлюцинации в форме акоазмов и фонем (стук, скрип, свист, шипение, выстрелы, музыка, отдельные слова или фразы). В последующем на фоне тревоги, страха, растерянности появляются множественные вербальные галлюцинации, исходящие от одного, двух или множества людей — «голоса», «хор голосов». Их содержание может быть различным, но в большинстве случаев негативно окрашено. Они ругают, оскорбляют, издеваются, угрожают расправой, комментируют действия больных. Голоса то говорят о больном между собой, то непосредственно обращаются к больному. Интенсивность голосов может меняться, но они всегда находятся в пределах субъективной досягаемости: из окна, соседней комнаты и пр.

После появления голосов у больных возникают бредовые идеи преследования, физического уничтожения, которые связаны с содержанием галлюцинаций и носят несистематизированный характер. Первое время у больных отмечаются тревога, страх, сопровождающиеся двигательным возбуждением. Поведение их сначала, как правило, соответствует галлюцинациям и бредовым идеям, но постепенно может становиться до известной степени упорядоченным, что маскирует психоз, создавая ложное

представление об улучшении психического состояния. Редукция галлюцинаторных расстройств может происходить критически после глубокого сна или постепенно. При постепенном выходе из психоза сначала уменьшаются звучность и количество слуховых галлюцинаций, а затем они исчезают совсем. Длительность острого алкогольного галлюциноза составляет от нескольких дней до месяцев. Примерно в 5% случаев вербальный галлюциноз переходит в хроническую форму. Описаны случаи, когда хронический алкогольный галлюциноз продолжался в течение десятков лет.

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) обычно возникает на фоне абстинентного синдрома. Больными внезапно овладевает непоколебимое убеждение в том, что их хотят уничтожить физически. Больные видят врагов во всех находящихся поблизости людях, следят за мимикой, жестами и действиями окружающих, вслушиваясь в их слова, считая происходящее слежкой или подготовкой к их уничтожению. Часто наблюдаются элементарные слуховые обманы восприятия в виде шорохов, звуков шагов мнимых преследователей. Отмечается аффект тревоги, страха. В вечернее время могут быть отдельные делириозные симптомы в виде иллюзий, слуховых галлюцинаций. Поступки больных нередко носят импульсивный характер. Они скрываются от мнимых преследователей, совершая при этом поступки, опасные для жизни (например, выпрыгивают из на ходу из поезда). Могут обращаться в отделение полиции или другие официальные учреждения за помощью. В некоторых случаях больные сами совершают внезапные агрессивные нападения на мнимых преследователей. Алкогольный параноид может носить *абортивный* характер с неразвернутой симптоматикой и продолжаться от нескольких часов до суток.
При *затяжном* алкогольном параноиде отмечается постепенная трансформация аффекта и бреда. Страх становится менее интенсивным, редуцируется чувственно-иллюзорный компонент бреда, происходит его определенная систематизация, больной уже начинает подозревать конкретных лиц в готовящемся на него покушении. Внешне поведение больных выглядит упорядоченным, однако сохраняется подозрительность, недоверчивость. Продолжительность затяжного алкогольного параноида составляет несколько месяцев.

Алкогольный бред ревности является хронической формой алкогольного бредового психоза и встречается только у лиц мужского пола. Первоначально идеи супружеской неверности возникают эпизодически, в состояниях опьянения или абстиненции. На начальных этапах содержание бредовых патологических переживаний отражает особенности взаимоотношений между супругами, поскольку пьянство и грубое поведении больного способствуют отчуждению супругов, в частности и в интимной жизни. Это служит предпосылкой для появления идей супружеской неверности. При усилении подозрений больные обращаются к женам с расспросами о деталях

и причинах предполагаемых измен, требуя признать свою вину. При прогрессировании расстройства возникает бред — непоколебимая убежденность в измене жен, не зависящая от реальных поводов. Как правило, бред сопровождается бредовым поведением, направленным на доказательство измены жены, ее разоблачение. Больные бредовым образом толкуют текущие и прошлые события, находя в них все новые доказательства неверности. Нередко появляются бредовые конфабуляции, когда в доказательство неверности жены приводятся события, которые не происходили в действительности. Заболевание протекает длительно на протяжении многих лет.

Судебно-психиатрическая оценка алкогольных психозов.

Лица, совершившие противоправные действия в состоянии алкогольного психоза, признаются невменяемыми. Алкогольный делирий, острый алкогольный галлюциноз, преходящие алкогольные параноиды соответствуют медицинскому критерию «временное психическое расстройство» формулы невменяемости. Хронический алкогольный галлюциноз и алкогольный бред ревности являются хроническими психическими расстройствами и также определяют решение о неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Среди лиц, признанных невменяемыми, больные с алкогольными психозами составляют 10—12%. Больные в алкогольном делирии или с алкогольным галлюцинозом нередко совершают ООД. Обычно это хулиганские действия, правонарушения против личности, обусловленные состоянием психомоторного возбуждения и дезорганизацией поведения в связи с помрачением сознания, галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. При обострениях хронического алкогольного галлюциноза с возникновением императивных галлюцинаций либо при присоединении бредовых идей преследования больные могут совершать и преступления против личности.

Значительную социальную опасность представляют больные с алкогольными параноидами. Противоправные действия в этих случаях отличаются неожиданностью, особой жестокостью. Обычно они направлены на лиц ближайшего окружения и имеют психопатологическую мотивацию, связанную с бредовыми идеями преследования, — больные совершают агрессивные действия по механизмам бредовой защиты либо бредовой мести, которые направлены на лиц ближайшего окружения или на случайных лиц. Особую социальную опасность представляют больные с бредом ревности. Практически во всех случаях их противоправные деяния направлены против жизни и здоровья и обусловлены имеющимися бредовыми идеями. Потерпевшими в подавляющем большинстве случаев оказываются жены, реже их предполагаемые любовники, а также лица, которых больные могут

подозревать в «пособничестве» женам в их мнимых изменах. Часто больные с бредом ревности воспринимаются окружающими как обычные ревнивцы, и потому не попадают в поле зрения психиатра, а диагноз психического расстройства устанавливается им лишь после совершения противоправных действий при проведении СПЭ.

Выбор мер медицинского характера зависит от степени общественной опасности больных с алкогольными психозами, которая определяется структурой и стойкостью психопатологических переживаний и характером правонарушения. Лица, совершившие правонарушение в состоянии временного психического расстройства (алкогольный делирий, абортивный алкогольный параноид, острый алкогольный галлюциноз), в случае редукции психопатологической симптоматики на период проведения СПЭ, но при отсутствии четкой установки на отказ от употребления алкогольных напитков в сочетании с эмоционально-волевыми расстройствами могут направляться на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа либо на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (при правонарушениях незначительной тяжести).

Меры медицинского характера в отношении лиц с затяжными алкогольными параноидами определяются характером болезненных переживаний. Их стойкость, направленность на конкретных лиц обусловливают повышенную общественную опасность этих больных и являются основанием для направления их на принудительное лечение в психиатрические стационары специализированного типа.

При выборе медицинских мер в отношении больных с бредом ревности следует иметь в виду стойкость бредовых идей, их резистентность к терапии и возможность диссимуляции больными своих переживаний. С учетом направленности бредовых идей на конкретных лиц таким субъектам рекомендуют принудительное лечение в психиатрических стационарах специализированного типа. В случаях совершения указанными лицами тяжких или повторных правонарушений их целесообразно направлять на принудительное лечение в психиатрические стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Прекращение или изменение формы принудительных мер медицинского характера определяется редукцией психотической симптоматики с формированием критического отношения к болезненным переживаниям и формированием установки на воздержание от приема алкогольных напитков. Необходимо учитывать также особенности микро- социального окружения, в которое возвращается больной, поскольку в неблагоприятной конфликтной либо асоциальной микросреде возможны рецидивы заболевания. Следует придерживаться принципа ступенчатости отмены принудительного лечения: перевод больного из стационара специализированного типа на

принудительное лечение в стационар общего типа, а затем на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Ниже приводится клиническое наблюдение пациента, совершившего ООД в состоянии алкогольного делирия.

Подэкспертный Т., 33 года, обвиняется в покушении на убийство. По данному уголовному делу Т. была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, где экспертной комиссией установлено, что на момент содеянного Т. находился в психотическом состоянии, однако для уточнения диагностических и решения экспертных вопросов он нуждался в направлении на стационарную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу. При проведении стационарной экспертизы установлено следующее. Наследственность отягощена алкоголизмом матери. В раннем развитии не отставал, рос слабым, болезненным, с 1,5 лет — в неполной семье, без отца, воспитывался в основном бабушкой. Со слов подэкспертного, в детстве при волнении заикался, спал беспокойно, имели место ночные страхи, сноговорения. Длительно отмечались частые носовые кровотечения. Со стороны бабушки был окружен любовью, заботой, вниманием, рос в условиях вседозволенности. К детским дошкольным учреждениям адаптировался с трудом: был робким, нерешительным, плаксивым, обидчивым, капризным и упрямым. В школу пошел в срок. Учился слабо, массовую программу усваивал с трудом, но из класса в класс переводили. В 8-м классе был оставлен на второй год, но учебу продолжать отказался, из школы ушел со справкой, продолжил обучение в школе рабочей молодежи. В 18 лет Т. был призван на срочную службу в армию. С первых дней не укладывался в требования режима, со своими обязанностями не справлялся, не находил контакта с сослуживцами и был у них объектом издевательств и насмешек, получив прозвище «тормоза». Будучи отпущенным в краткосрочный отпуск, в часть в срок не явился, а при попытке вернуть его обратно с суицидальной целью выпил растворенный в воде дихлофос. В бессознательном состоянии он был госпитализирован в реанимационное отделение больницы по месту жительства, затем вернулся домой, в часть ехать отказался.

В связи с этим против Т. было возбуждено уголовное дело, он находился в федеральном розыске, был задержан. На гауптвахте совершил суицидальную попытку через повешение (был снят с петли в бессознательном состоянии). После консультации психиатра Т. направили на стационарную военнопсихиатрическую экспертизу, где он проходил лечение транквилизаторами, антидепрессантами. С диагнозом: «Последствия раннего органического поражения центральной нервной системы со стойкой астено-депрессивной симптоматикой и легким интеллектуальным снижением» был признан негодным к военной службе в мирное время. Мать подэкспертного показала, что после суицидальной попытки в армии Т. вернулся домой и зарабатывал на жизнь случайными заработками.

В возрасте 20 лет женился, прожил с женой 10 лет, есть сын. В последнее время Т. злоупотреблял алкогольными напитками, жил как бомж, вещи свои не стирал, ничего не готовил, питался у матери. Мать также показала, что у Т. были «странности в поведении»: он изготовил «меч», хранил дома, просил, чтобы она «положила меч ему в гроб», со слов сына «он должен умереть в 40 лет, его призовет отец Один, и за ним придут валькирии». Его тело необходимо «сжечь на костре». Показала, что когда у него умерла собака, он сжег ее на костре, завел другую, назвал ее Биргер, практически всегда ходил с собакой. Показала, что Т. рассказывал всем историю о том, что «из-под пола вылез человек, он с ним дрался до крови, а затем человек опять уполз под пол». Сожитель матери подэкспертного А. показал, что Т. нигде не работает, злоупотребляет спиртными напитками, по состоянию здоровья «не вполне нормальный». Утверждал, что Т. после того, как он выпьет, «начинает себя очень агрессивно вести».

Т. обвиняется в том, что он нанес не менее 10 ударов металлическим предметом по различным частям тела А. (сожителю матери). Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы А. была нанесена закрытая черепномозговая травма, множественные раны волосистой части головы, раны на обеих голенях. Указанные повреждения расценивались как причинившие легкий вред здоровью. Согласно заключению химической судебной экспертизы в крови Т. обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,4 промилле, которая может соответствовать средней степени алкогольного опьянения. Потерпевший А. показал, что вечером в дверь дома постучался Т., его мать ему не открыла, но Т. выбил окно и залез внутрь дома, включил свет, подошел к нему (он лежал на диване) и, крича что-то бессвязное, стал наносить удары острым режущим предметом, руками, ногами по разным частям тела, при этом А. потерял сознание.

Т. была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, где он был внешне странным, манерным. Мимика была однообразная, лишена интонационных оттенков. Был формально осведомлен о цели обследования. При целенаправленном расспросе сообщал, что с 25 лет, когда разбился на мотоцикле и ушиб голову, испытывает частые головные боли, шум в голове, «практически не спит». Вскоре стал выпивать по стакану в день, так как когда хмелел, головная боль притуплялась. Утверждал, что примерно с того же времени стал интересоваться «разными религиями», «задумывался, зачем живет». Ходил в библиотеку, читал книги, «примерял к себе» христианство, ислам и др.

Сообщал, что избрал религию викингов. Говорил, что нравилось то, что после смерти «все попадают в Валгаллу с неистребимой чашей вина и валькириями, охотящимися на оленей», «в Валгалле нет ада и грешников не мучают». Рассказывал, что за два месяца до правонарушения дома периодически слышал шуршание, «как дождика на елке», шорохи, шаги.

Говорил, что испытывал страх, ночевал в одной комнате с собакой, чтобы по ее реакции суметь распознать, пришли к нему «непрошеные гости» или нет. О событиях в период правонарушения рассказывал, как и на допросах, не сомневаясь в их реальности. Уверял, что на А. никогда руки не поднял бы и рубил мячом оборотня, растерзавшего его невесту. Пребыванием в следственном изоляторе не тяготился. Заявлял, что «мечтает попасть на тот свет», а именно «в Валгаллу». Тревожится лишь о том, чтобы мать сумела передать ему собаку, чтобы он «мог отправиться в лучший мир» вместе с ней. Суждения его были примитивны, мышление с элементами рассуждательства, торпидное. Экспертные вопросы решены не были и Т. было рекомендовано проведение стационарной СПЭ.

При стационарном клиническом психиатрическом обследовании выявлено следующее. *Соматическое состояние.* Заключение терапевта: «Хронический гепатит алкогольного генеза. Жировая дистрофия печени». *Неврологическое состояние.* Заключение невролога: «Органическое поражение центральной нервной системы смешанного генеза (интоксикационного, травматического на фоне последствий патологии раннего периода развития) с умеренно выраженной очаговой неврологической симптоматикой. Гипертензи- онно-гидроцефальный синдром». *Психическое состояние.* Подэкспертный формально правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Продуктивному контакту доступен не полностью. Подэкспертный не может усидеть на месте, активно жестикулирует, то неадекватно улыбаясь и смеясь, то раздражаясь. Временами в процессе разговора он становится неуверенным, напряженным, тревожным. Мимика не всегда адекватна. Речь ускорена, грамматически неправильно построена, говорит длинными фразами, недоговаривая окончания слов. Во время беседы с врачом не всегда соблюдает дистанцию. На некоторые вопросы отвечает неохотно, не всегда в рамках заданного вопроса. Предъявляет жалобы на снижение памяти на прошлые и настоящие события. Анамнестические сведения излагает с наводящими вопросами. Сообщает, что в детстве «всего боялся», «особенно в темноте», до 5-го класса по ночам упускал мочу, в школьные годы был «обычным ребенком», мастерил шпаги, мечи со щитами, с другом фехтовал, играл в войну. О суицидальной попытке в армии сообщает, что «не мог слушать команды», «мне это не нравилось», «поэтому и убежал домой». С улыбкой вспоминает, что выпил «яд», когда за ним приезжали из части, говорит, что «обманул их». Должного критического отношения к злоупотреблению спиртными напитками нет. Не считая себя злоупотребляющим спиртным, рассказывает, что пить начал с 13—14 лет, «потом оно стало плохого качества», перешел на самогон, который тоже «уже не тот». Думает о спиртном — «не откажусь выпить», потирает руки. Похмелья «почти» не испытывал, так как «не доводил до такого», «пропускал рюмашку», однако если «на второй день веселья пил мало», то «колотило, болел живот, руки, ноги», «потел», снились «кошмарные сны». В последнее время стал быстрее пьянеть, неоднократно забывал, что было с

ним в алкогольном опьянении. В последние 4,5 года каждый день употребляет самогон — от стакана до нескольких бутылок, полгода — технический спирт. Говорит, что «спьяну» падал с мотоцикла, «может быть, бился головой, терял сознание». Заявляет, что в больницу никогда не обращался, так как «этим врачам я не доверяю».

Неохотно рассказывает о своем «изучении» викингов, объясняя это тем, что «сразу признают сумасшедшим, а я — здоровый человек, подумаешь белая горячка, у кого только в деревне ее не было». Сообщает, что прочитал про скандинавские народы все «книжки» в деревне: «собрание исландских саг, легенды младшей и старшей Эдды, научную литературу, смотрел фильмы», которых у него очень много. Считает, что после прочтения такой литературы «понял, что своих в обиду давать нельзя», «нельзя давать советы». В процессе бесед кратко, однообразно сообщает, что этот древний народ близок ему «по духу», «они свободные настоящие воины». Говорит, что он поклоняется «великому Тору», когда поранился, «заодно принес жертву — отрезал кусок своего мяса». Заявляет, что «не хочет быть рабом, как остальные люди», «лучше умереть», поэтому работал «на себя», «ни с кем не делился», «копал огороды, чинил заборы, колол дрова». Утверждает, что очередность работы записывал, так как «стал многое забывать». Характеризует себя необщительным, настороженным человеком. Говорит, что еще в 14 лет сделал себе меч и «до сих пор хожу с ним». При целенаправленном расспросе об инкриминируемом ему деянии сообщает, что до случившегося никогда ничего подобного не испытывал. Рассказывает, что за несколько дней до правонарушения с ним стали происходить «странные вещи». За два дня утром выпивал спиртные напитки у матери, больше в течение дня не пил, копал огород, смотрел телевизор и увидел, что «из стыка потолка и стены стали сыпаться щепки», которые падали на него. Говорит, что рассказал об этом матери и ее сожителю, однако «они надо мной смеялись». Утверждает, что полез на чердак «посмотреть, что там такое», «там увидел кикимору, которая рыла лопатой потолок, что-то выкрикивала»; она была в одежде, маленького роста с длинными, свисающими волосами. С раздражением говорит, что стал бегать за ней несколько минут и «не мог ее поймать», потом «она зарылась в опилки». Следующую ночь спал мало (около 3—4 часов, «как всегда»), днем накануне правонарушения подрабатывал, вечером выпил самогон, в каком количестве не помнит.

В ночь перед правонарушением у себя дома увидел «обычных размеров» крыс, взял свой меч и стал отмахиваться от них, «бежал по улице», «они бежали за ним метров 20», «было страшно». Говорит, что в ту ночь остался ночевать у матери, где из рукавов одежды, висящей на стене, «стали вылезать крысы». После того как позвал своего пса, «сказал ему фас, но пес не реагировал, понял, что пришла “белка”, просидел с собакой всю ночь, не мог уснуть из-за страха». Утром пошел от матери домой, «вдруг увидел», что за ним идет человек в камуфляжной форме. Говорил ему: «Есть ли фонарь?

Посвяти фонарем», «мужик никак не реагировал», так же «не реагировала и собака». Утверждает, что пришел к знакомому «с этим мужиком», который затем «исчез», выпивал спиртное, «на улице увидел очень много людей», которые «шли очень быстро», при этом его «состояние было неспокойное». Сообщает, что потом съездил в соседнюю деревню к подруге, где увидел «как переворачивается автобус», услышал «голос какой-то бабы», которая сказала о том, что там его мать и сожитель, после он их увидел, отвел в заброшенный дом, где они «выкручивали вещи» от воды, стал звать на помощь, «вернулся и обнаружил, что никого нет». С недоумением рассказывает, что вернулся в свою деревню, мать обнаружил дома и стал с ней выпивать. После того как вышел на улицу, не мог зайти обратно в дом, «дверь была закрыта», «вдруг в окно увидел оборотня, который был похож на огромного волка, он стоял над моей подругой, она была вся разорвана... схватил меч и ринулся в окно... хотел спасти ее», «было страшно», «все было в тумане». Очнулся в камере, «чувствовал себя плохо: болела голова, был сушняк, колотун»; такое состояние у него было почти неделю. Заявляет, что не мог нанести А. 10 ударов, так как «всегда помогал ему». С сомнением сообщает, что «произошло что-то странное, оборотней ведь не существует», в то же время — «я же его видел». Заявляет, что «сейчас беспокоит неволя», жалеет о том, что «рядом нет собаки». С бравадой утверждает, что «при удобном случае отправлюсь на тот свет», так как «там есть неиссякаемая чаша с вином».

Мышление подэкспертного конкретное, ригидное, выявляется поверхностность, облегченность, порой примитивность ряда суждений. Интеллек- туально-мнестические процессы снижены. Эмоционально неустойчив. Внимание отвлекаемо. К среднему медперсоналу навязчив. С другими подэкспертными активно общается, не конфликтует. За время нахождения в стационаре психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и др.) выявлено не было. Критические и прогностические способности как к своему состоянию, так и к содеянному резко снижены.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что Т. страдает психическим расстройством в форме синдрома зависимости от алкоголя. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о систематическом длительном злоупотреблении подэкспертным алкогольными напитками с ростом толерантности, сформировавшейся психической и физической зависимости, абстинентными состояниями с нарушением сна, вегетативными проявлениями, наличием амнестических форм опьянения, социальной дезадаптации, аффективных колебаний с суицидальными попытками, что послужило поводом для госпитализации его в психиатрический стационар. Как следует из материалов уголовного дела и результатов настоящего обследования, в период, относящийся к инкриминируемому деянию, у Т. имело место временное психическое расстройство в форме полиморфного психотического расстройства в связи с употреблением алкоголя (F10.53 по

МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные о возникновении у него на фоне длительного употребления алкоголя аффективных нарушений с тревогой, страхом, болезненного восприятия и бредовой интерпретации окружающего, психомоторного возбуждения с автоматизированными гетероагрес- сивными действиями, частичной амнезией, чуждостью содеянного. Указанное временное психическое расстройство лишало Т. в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время в связи с отмечающейся у него эмоциональной неустойчивостью, склонностью к злоупотреблению алкогольными напитками, отсутствием критических способностей Т. также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, давать показания и нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Охарактеризуйте клинические проявления острых интоксикаций психоактивными веществами и расскажите о специфике их судебно-психиатрической оценки.
- 2. Расскажите о клинических характеристиках синдрома зависимости от алкоголя.
- 3. Каковы клинические особенности синдрома зависимости от опиатов?
- 4. В чем заключаются клинические проявления синдрома зависимости от каннабиноидов?
- 5. Назовите клинические характеристики синдрома зависимости от психостимуляторов.
- 6. Охарактеризуйте специфику клинической картины синдрома зависимости от галлюциногенов.
- 7. Какова клиническая картина синдрома зависимости, возникающего при употреблении летучих растворителей?
- 8. Какова специфика судебно-психиатрической оценки синдромов зависимости от психоактивных веществ?
- 9. Опишите клинические варианты алкогольных психозов и назовите принципы их судебно-психиатрической оценки.

Литература

Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты) / Т. Б. Дмитриева [и др.]. М. : МНЦ «Инфокоррекция», 2003.

ИгонинА. Л., Клименко Т. В. Судебно-психиатрическая экспертиза при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях // Руководство по судебной психиатрии. М. : Медицина, 2004. С. 217—228.

Наркология: Национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.

Пятницкая И. Н. Наркомании. М. : Медицина, 1994.

Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. М.: Медпрактика, 2002.

ШИЗОФРЕНИЯ. ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен:

знать

- • основные клинические проявления шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств;
- • судебно-психиатрическое значение шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств;

уметь

- • определять основные клинические проявления шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств;
- • выделять этиологию, патогенез и закономерности течения шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств;
- • устанавливать юридически значимые клинические проявления шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств.

Рассматриваемая группа психических расстройств обладает рядом общих клинических проявлений, в то же время по своей структуре и особенностям течения эти расстройства существенным образом различаются. В последней версии международной классификации они рассматриваются в рамках одного раздела, но как самостоятельные диагностические единицы. Основным расстройством в этой группе является шизофрения.

Шизофрения (раннее слабоумие, болезнь Блейлера) — наиболее распространенное заболевание среди тяжелых психических расстройств. Шизофрения (от греч. *schizo* — расщепление, *phren* — ум, душа) означает

«расщепление ума», утрату единства и целостности психики, откуда и возникло ее название. В психиатрических стационарах лица, страдающие шизофренией, составляют около половины всех больных. Среди невменяемых, совершивших ООД, большинство также составляют больные шизофренией, что свидетельствует о ее большом судебно-психиатрическом значении. Причины рассматриваемого заболевания до конца еще не выяснены, хотя имеются достоверные данные о значении наследственного предрасположения. Шизофрения — это прогредиентное (прогрессирующее) психическое заболевание, склонное к хроническому течению, которое имеет непрерывное или приступообразное течение с разнообразными психопатологическими симптомами, характеризующееся типичными нарастающими изменениями личности больного. Хотя память больного, его интеллект, формальные способности и полученные в течение жизни знания могут оставаться длительное время без заметных нарушений, тем не менее это заболевание часто приводит к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности.

Шизофрения занимает особое место среди всех форм психической патологии в связи с достаточно высокой распространенностью, во многих случаях неблагоприятной динамикой, возникновением у части больных глубокого психического дефекта и негативными социальными последствиями для личности, вплоть до утраты трудоспособности. История учения о шизофрении восходит ко второй половине XIX в. и во многом связана с исследованиями выдающегося немецкого психиатра Э. Крепелина. Проследив судьбу больных с возникшими в подростковоюношеском возрасте клинически разными психозами (катотонией, гебефренией, хроническим бредом), Крепелин (1896) установил, что через несколько лет у всех больных развилось сходное состояние особого слабоумия. На этом основании он выделил новую психическую болезнь, назвав ее «ранним слабоумием» (Dementia praecox).

В дальнейшем границы раннего слабоумия, представления о его клинических проявлениях, вариантах течения, возможных исходах многократно пересматривались, в основном в сторону расширения. В начале XX столетия швейцарским психопатологом Э. Блейлером было предложено новое название болезни — «шизофрения», которое и закрепилось. В последние сто лет большое внимание уделялось описанию шизофрении и ее классификации — будь то в качестве отдельного заболевания или группы расстройств. В результате сформировались современные общепринятые представления о клинической картине и диагностических критериях шизофрении. Благодаря этому в большинстве случаев диагноз шизофрении не вызывает сомнений. Тем не менее у некоторых больных он оказывается спорным. Это отчасти связано с тем, что этиология и патогенез шизофрении остаются неясными. Видимо, шизофрения представляет собой неоднородную группу заболеваний

различной этиологии, с различной предрасположенностью к разным провоцирующим факторам.

Распространенность, наследование, этиология и патогенез шизофрении. Шизофренией страдает около 1% всего населения, чаще заболевают лица в возрасте 15—25 лет. Распространенность шизофрении среди мужчин и женщин примерно одинакова. Имеется семейная предрасположенность к шизофрении. Если больны оба родителя, то риск заболевания ребенка составляет 40—50%, если болен один из них — 5%. У родственников больных шизофренией первой степени родства это заболевание выявляется значительно чаще, чем у родственников третьей степени родства (двоюродных братьев и сестер), у которых вероятность шизофрении почти такая же, как и среди населения в целом. Риск же заболевания для родственников второй степени родства занимает промежуточное положение между этими двумя группами. Все это говорит о важной роли генетических факторов в этиологии шизофрении. В то же время шизофрению нельзя считать чисто наследственным заболеванием, так как ее конкордантность у однояйцовых близнецов составляет лишь 50%. Видимо, наследуется предрасположенность к шизофренической дезорганизации психики. Иногда она приводит к заболеванию уже в детском или подростковом возрасте, но обычно — в юношеском или раннем взрослом возрасте, когда начинается самостоятельная жизнь. Однако заболевание может развиваться в более раннем возрасте (детские формы), а также в зрелом и пожилом (поздняя шизофрения). На самом деле данные о распространенности шизофрении относительны, так как сами больные нередко, в силу нарушенных критических способностей, самостоятельно не обращаются за психиатрической помощью и при отсутствии формальных показаний к недобровольной госпитализации годами могут оставаться вне поля зрения специалистов. В связи с этим первичная диагностика заболевания весьма часто происходит во время проведения судебнопсихиатрической экспертизы, после того как вследствие нарушенной психическим расстройством способности больных к произвольной регуляции своего поведения, они совершают те или иные правонарушения (в литературе такие правонарушения, совершенные больными с не диагностированным ранее расстройством, получили название «инициальный деликт»).

Клиническая картина и диагностика шизофрении. Клиника шизофрении характеризуется: нарастанием личностных изменений, проявляющихся в первую очередь нарастающим аутизмом (болезненной замкнутостью), сужением круга интересов, потерей социальных контактов, снижением побуждений к деятельности, эмоциональным оскудением, равнодушием к близким и их страданиям, потерей интереса к окружающему. Характерны также разнообразные нарушения мыслительного процесса, проявляющиеся парадоксальностью и алогичностью суждений; субъективно больные могут испытывать ощущения остановки или наплывов мыслей, иные «помехи»

мышления, носящие неприятный и насильственный характер. Подобные расстройства называются негативными (поскольку характеризуются ослаблением и выпадением психических функций), они определяют характерный профиль изменения личности больного по *шизофреническому типу,* имеющему большое диагностическое значение. Другие психические расстройства, которые обозначают как продуктивные (бредовые идеи, галлюцинации, неврозоподобные симптомокомплексы и пр.), могут встречаться и при других психических заболеваниях, хотя выделяется ряд тяжелых (психотических) синдромов, характерных для шизофрении.

Как указывалось, шизофрения как самостоятельное заболевание впервые была выделена немецким психиатром Э. Крепелином, который обозначил ее основные клинические формы. Швейцарский психиатр Э. Блейлер (1920), автор общепринятого сейчас названия заболевания, считал, что для шизофрении наиболее характерен не исход (как полагал Крепелин), а особая диссоциация психических процессов (мышления, чувств и взаимосвязей с внешним миром) и обусловленные заболеванием специфические изменения личности. К основным признакам заболевания он относил утрату больными социальных контактов (аутизм), оскудение эмоций, особые нарушения мышления, расщепление психических процессов. Он выделил четыре основных диагностических критерия (четыре «А»): нарушение ассоциаций и аффектов, аутизм и амбивалентность. Эти четыре критерия в некоторой степени перекрываются с негативными симптомами — алогичностью, аффективной тупостью, ангедонией, асоциальностью, абулией и апатией (шесть «А»). Другие психические расстройства Э. Блейлер рассматривал как вторичные, дополнительные (галлюцинации, бредовые идеи, двигательные расстройства и т.д.), так как они встречаются и при других заболеваниях, хотя отдельные из них могут быть больше свойственны шизофрении. В 30-е годы XX в. К. Шнайдер разработал описательные критерии шизофрении. Он выделил 11 так называемых симптомов первого ранга, которые считал патогномоничными для данного заболевания. Однако в последующем специфичность этих симптомов была поставлена под сомнение (они встречаются и при аффективных психозах). В то же время представления Шнайдера позволили систематизировать пеструю симптоматику шизофрении, так как он свел все продуктивные симптомы в пять больших групп, которые во многом и легли в основу современных классификаций. Важно помнить, что симптомы, наблюдаемые в данный момент, зависят от стадии, получаемого и полученного в прошлом лечения, клинической формы заболевания. Диагностика различна при остром состоянии и при ремиссии. Такие факторы, как прием алкоголя, наркотиков, с одной стороны, могут быть причиной психотических приступов, а с другой — видоизменять проявления шизофрении. При диагностике необходимо учитывать, как менялись эмоциональная сфера, поведение, восприятие и мышление; большое значение имеют также социальный статус и культурные

особенности (например, принадлежность к оккультным сектам существенно влияет на проявления заболевания).

Диагностические критерии шизофрении (МКБ-10)

Обычным требованием для диагностики шизофрении является наличие как минимум одного четкого симптома (или двух менее отчетливых симптомов), принадлежащего к следующей группе:

- а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость);
- б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей либо к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
- в) галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;
- г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами);

или наличие двух симптомов из следующей группы:

- д) постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или неполностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев;
- е) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи; или неологизмы;
- ж) кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;
- з) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией;
- и) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов,

нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

Симптомы должны отмечаться на протяжении большей части эпизода длительностью один месяц или более. Состояния, отвечающие этим требованиям, но продолжающиеся менее месяца (независимо от того, находился больной на лечении или нет), должны быть квалифицированы как острое шизофрено- подобное психотическое расстройство (F23.2x).

При шизофрении психическая несостоятельность нередко сопровождается увлечением философско-мистическими, метафизическими и другими учениями, целиком охватывающими больных («философская интоксикация»). Больные разрабатывают собственные эксцентричные методы физического и духовного совершенствования; стремятся к нелепому коллекционированию, изобретательству, охвачены различными реформами переустройства мира и т.д. Эти занятия непродуктивны, алогичны, ничем не обогащают ни больного, ни общество.

Страдающие шизофренией большей частью не обнаруживают нарушений памяти, правильно ориентируются во времени, месте и в собственной личности, могут в реальном плане воспринимать окружающее. Но наряду с этим одновременно они могут истолковывать окружающую реальность по-иному, в отрыве от действительности. Подобная двойная ориентировка присуща многим больным, страдающим шизофренией.

Нарушения эмоциональной сферы выражаются в постепенном притуплении чувств, угасании привязанности к родственникам, снижении интереса к прежним увлечениям и деятельности вообще. Больные становятся вялыми, безразличными. Они не могут радоваться, любить, сострадать, при всем этом могут обнаруживать необычайную ранимость в отношении собственной личности («симптом дерева и стекла»).

Шизофрения — это психоз (или группа психозов), для которого характерны прежде всего описанные выше негативные симптомы, а также иные нарушения мышления, восприятия, настроения и поведения. Расстройства мышления приводят к неправильному восприятию действительности, бреду (как правило, бреду воздействия и отношения) и галлюцинациям (обычно слуховым псевдогаллюцинациям в виде голосов, повторяющих или комментирующих мысли больного или обсуждающих его действия). Изменения настроения включают амбивалентность, бедность или неадекватность переживаний, утрату способности к сопереживанию. Нарушения поведения проявляются аутизмом, регрессией или эксцентричностью. Сознание остается ясным, дезориентации и амнезии обычно нет.

Ведущее нарушение при шизофрении — это расстройство мышления. Оно может проявляться изменениями скорости, течения и содержания мышления и речи. Расстройства мыслительной деятельности диагностируются в процессе клинического наблюдения по объективным признакам, субъективным переживаниям пациента, а также при психологическом исследовании. Специфические расстройства мышления при шизофрении обозначаются как атактическое мышление (от греч. *ataxia* — беспорядок, отсутствие координации) [Останков, 1927]. Речь больных характеризуется паралогическими построениями, лишена смыслового значения и недоступна пониманию окружающих при внешне правильном ее грамматическом построении. Больные часто употребляют неологизмы, количество которых может быть столь значительно, что их речь носит характер неоглоссии («новояза»). Большинство исследователей атактическое мышление понимают как шизофреническую разорванность мышления, однако Ф. И. Случевский (1975) считал эти понятия неравнозначными и наряду с атактическим мышлением выделял в разорванности синдром шизофазии («словесной окрошки»). Типичные расстройства мышления бывают следующие [Психиатрия, 1998]:

- • закупорки мышления, часто с субъективным ощущением утраты контроля над мыслями;
- • неологизмы, новый, собственный язык;
- • размытость мышления (отсутствие четких понятийных границ);
- • аутистичное, конкретное мышление, неспособность к абстрактному мышлению;
- • мутизм;
- • вербигерации (механическое повторение слов и фраз, особенно часто — при хронических формах);
- • собственная логика;
- • трудности в обобщении и понимании сходства и различия;
- • трудности в разделении главного и второстепенного и отбрасывании несущественного;
- • объединение явлений, понятий и предметов по несущественным признакам.

Ниже приводятся рисунки больного шизофренией, иллюстрирующие расстройства мыслительного процесса.

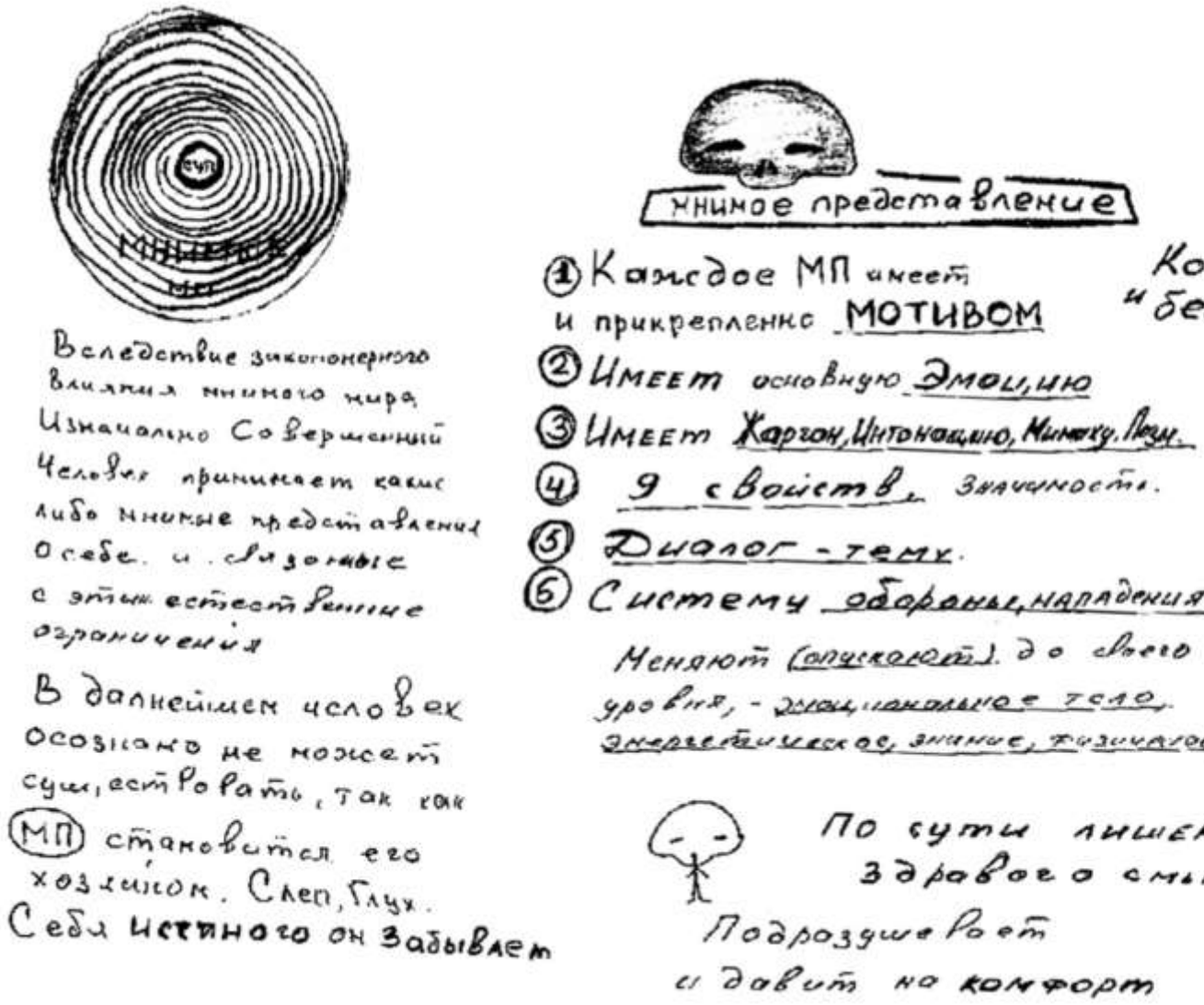
Заболевание носит хронический характер в виде непрерывного течения или приступов. При непрерывном течении болезнь может приобретать злокачественный характер и в течение нескольких лет приводить к так называемому исходному или конечному состоянию в виде глубоких личностных изменений. Наиболее типичной формой подобных изменений является апатическое слабоумие: больные аутичны, бездеятельны, апатичны, безучастны. У них отмечаются выраженные нарушения мышления, которые

проявляются алогичными, непонятными высказываниями вплоть до шизофазии (речь при правильном грамматическом построении полностью лишена смысла). Наряду с типичными изменениями личности у больных могут наблюдаться и другие психические расстройства: фантастические бредовые идеи, галлюцинации. Такой же неблагоприятный исход может наступать при менее злокачественном течении шизофрении, но после более продолжительного периода течения заболевания. Необходимо отметить, что и при непрерывном течении заболевания возможен более благоприятный исход. На определенных этапах шизофрении спонтанно или в результате проводимого лечения психопатологическая симптоматика может стабилизироваться, видоизменяться и ослабевать. Светлые промежутки (ремиссии) могут быть полными (стойкое состояние с отсутствием продуктивных психических расстройств) и неполными — с остаточными нерезко выраженными психическими расстройствами.

При приступообразном течении приступы болезни чередуются с ремиссиями, и изменения личности больных наступают медленнее, однако с каждым приступом они углубляются. Возможны трансформации непрерывного течения в приступообразное и наоборот. Многократные попытки определить рамки клинических проявлений шизофрении и на основе этого построить ее систематику показали сложность данной проблемы, так как клинические проявления и исходы заболевания разнообразны и, кроме того, пока нет достаточных данных об ее этиологии. Компромиссом различных точек зрения явилось возвращение в современных классификациях к подразделению шизофрении по формам, которые были ранее выделены Э. Крепелином в Demencia ргаесох. Каждой из этих форм присуще клиническое своеобразие.

Шизофрения — простая форма. Данной форме шизофрении присуще постепенное нарастание личностных изменений у больных


Системно Вз
Находясь под влиянием человек забывает себя полностью
Всеведущий, слепой, состоящий во, наччон - ЛОЖЬ
Больше всего
работы - Творче
Н
рабочее состояние.
Нацеленность
Грех. Искупление. Наказание Вина.
Раздражительность отчаяние эскапизм
СПАЗМ
на спокойствие точность.
глухота
Работа: В УНС пробиться к своему истинному А. Вспомнить ло чувствовать его.
Расширять облость своего истинного Я. Изучить что и как давит мнимое.
Рассорить с целесообр-азности выбора
Вызвать страх эмоцию общения
Понять в совокупности что есть это мнимое, его ложь. Понять эмоцию ли общения. ОТБРОСИТЬ, не обращать. Перейти в истинное Я. Двигаться дальше с обычным.
Долее двигаться в истинном Я
Расширение истинного содержательного
БЫТИЯ!!!
НП должно стать понимание. почему ложь.
НАШИ
НАДЕЛЯ
НОВ
ВСПОМ
ЦЕЙ Т



с минимальной выраженностью продуктивных психопатологических проявлений. Как правило, заболевание начинается в юношеском возрасте — снижается психическая активность, теряется интерес к окружающему, нарастает эмоциональное обеднение, возникают затруднения в осмыслении школьного материала и прочитанного текста, другие расстройства мышления, что приводит к дублированию классов или полной неспособности к обучению. Происходит редукция энергетического потенциала личности. Другие клинические проявления — бредовые идеи, галлюцинации — наблюдают в рудиментарной форме в виде аморфных идей отношения, воздействия, отдельных слуховых псевдогаллюцинаций. Нередко наблюдаются явления так называемой метафизической интоксикации: больные увлекаются изучением философских, оккультных, научных проблем (смысл бытия, парапсихология, происхождение жизни и т.д.), погружаются в чтение специальной литературы. При этом подобные увлечения бесплодны, не имеют никакого практического применения, а сами больные нередко бывают не в состоянии изложить даже общий смысл своих интересов и прочитанной литературы. Изменения в эмоциональной сфере проявляются в ухудшении отношения к близким, безучастности, эмоциональной

холодности, эгоистичности, раздражительности и агрессивности, больные перестают следить за собой, мыться, становятся неряшливыми и т.д. Нарастающие изменения личности могут перейти в конечное апатико-абулическое состояние с рудиментарными продуктивными психическими расстройствами.

Гебефреническая форма шизофрении начинается также зачастую в подростковом возрасте со снижения психической активности, редукции энергетического потенциала и нарастания эмоциональной обе- дненности. Проявляется расторможенным дурашливым поведением с нелепыми поступками, нередко носящими асоциальный характер. Настроение колеблется от эйфории до злобности и агрессивности. Нередко на фоне личностных изменений возникают острые психотические состояния с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. По мере прогрессирования заболевания нарастают апатия, вялость с переходом в конечное состояние с редуцированными, бредовыми, галлюцинаторными и кататоническими проявлениями.

Кататоническая форма шизофрении начинается, как правило, в молодом возрасте, и ведущими клиническими проявлениями являются двигательно-волевые расстройства: субступорозные и ступо- розные состояния (двигательная заторможенность с недоступностью речевому контакту), на фоне которых могут наблюдаться импульсивные поступки и кататоническое возбуждение. У больных выявляются бредовые и галлюцинаторные переживания, включая онейроидные (сложные, фантастические, сценоподобные, полностью овладевающие сознанием пациента). Конечное состояние может характеризоваться глубоким вялоапатическим дефектом с кататонической симптоматикой. Эта форма шизофрении в настоящее время довольно часто встречается в развивающихся странах.

Параноидная форма шизофрении.

Манифестный период в возрасте от 16 до 45 лет. Доболезненный (преморбидный) фон часто без особенностей. Начальный период заболевания может продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев. В клинической картине — проявления тревоги, растерянности, отдельные галлюцинаторные эпизоды (оклики), снижение концентрации внимания, субъективные переживания нарушений мыслительной деятельности (наплывы, остановки мыслей), ощущение собственной измененности и изменений в окружающем мире — окружающая среда начинает восприниматься чуждой, непонятной, несущей угрозу. Начало может быть также более острым по типу психогенного бредового психоза (параноида) или острого чувственного бреда, который первоначально может квалифицироваться как острое преходящее расстройство с симптомами шизофрении.

Варианты параноидной шизофрении: парафренный с систематизированным бредом; ипохондрический, при котором бред заражения сочетается со слуховыми, обонятельными, соматическими галлюцинациями; галлюцинаторно-параноидный вариант, протекающий с синдромом Кандинского — Клерамбо. Вариантами параноидной шизофрении являются также аффективно-бредовые расстройства, характерные для приступообразного течения. К ним относятся депрессивно-параноидный и экспансивно-параноидный варианты. Депрессивно-параноидный вариант часто начинается как ипохондрический бред, который нарастает до степени глобальности, депрессивный аффект является вторичным. Экспансивно-параноидный вариант протекает на фоне повышенного аффекта и личностной активности с бредовыми идеями фантастического содержания, величия. В наиболее типичных случаях параноидная шизофрения проявляется бредом политематического содержания, в котором сочетаются идеи преследования, отношения, значения. При параноидной шизофрении возможны любые варианты течения (непрерывное, приступообразное), негативные нарушения в периоды ремиссий проявляются в углублении личностных изменений, апатико-абулической симптоматики. Отдельные проявления галлюцинаций и бредовых идей могут сохраняться в клинике ремиссии, хотя и не определять поведение больных («инкапсуляция»). В некоторых случаях в динамике параноидной шизофрении, возникающей во взрослом возрасте, выявляются последовательные этапы развития: паранойяльный, параноидный, парафренный и этап конечного состояния. Однако данная динамика условна, так как параноидная шизофрения может на длительное время остановиться в своем развитии на любом из этапов. Конечное состояние характеризуется выраженными расстройствами мышления, проявляющимися речевой разорванностью, неологизмами, в переживаниях больных могут звучать обрывки прошлого бреда, возможны кататонические проявления. Ниже приводится клиническое наблюдение.

Подэкспертный С., 37 лет. Обвиняется в незаконном хранении, приобретении и сбыте огнестрельного и холодного оружия, разбое. *Из анамнеза.* Родился вторым ребенком в семье военных. Данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями отсутствуют. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, больше нравились точные науки. После окончания средней школы поступил в общевойсковое военное училище, проходил службу в рядах армии. В 23 года женился, от брака имеет ребенка. В возрасте 26 лет стал активно заниматься спортом, перестал общаться с сослуживцами. В 30 лет по собственной инициативе уволился из рядов вооруженных сил, стал активно увлекаться мистикой, церковной литературой, необычными явлениями, активно посещал церковь. На работу нигде устроиться не мог, с женой развелся.

Соматическое и неврологическое состояние без выраженной патологии. *Психическое состояние.* Подэкспертный формально правильно

ориентирован в месте, времени, собственной личности. Контакту доступен. Эмоциональные реакции маловыразительные. Каких-либо жалоб на самочувствие не предъявляет. В процессе беседы спокоен, истощаемости не отмечается. На вопросы отвечает тихим голосом, периодически после пауз, не всегда по существу. Его высказывания и суждения крайне облегченные, примитивные, незрелые, в то же время отмечается склонность к рассуждательству, символизмам. Анамнестические сведения сообщает не всегда последовательно. Рассказывает, что примерно в возрасте 26 лет он решил, что должен совершенствоваться духовно и физически, поэтому стал заниматься спортом, практически перестал общаться с сослуживцами, потому что «было неинтересно», хотя успешно продолжал службу. Увольнение из армии объясняет тем, что «свои стреляли по своим, что не соответствовало чести офицера». Рассказывает, что в последующем у него отмечались аффективные колебания, в периоды пониженного настроения он уходил в церковь примерно на два месяца, потом появлялась активность, жизнедеятельность, пытался устроиться на работу, наладить семейные отношения, но «состояние подъема» продолжалось недолго, примерно несколько дней, затем сменялось «депрессивным состоянием и уходом в церковь».

Сообщает, что примерно в возрасте 33 лет ему «как бы во сне явилась Святая Ефросинья, которая, показав на него, вдавив в землю, сказала, что он — вор в законе». При уточнении его высказываний не может точно определить, был ли это сон или «видение», ссылается на то, что «видения» бывают только у священников. Говорит, что в последующем он навязчиво вспоминал «этот сон», постоянно думал об этом, не мог «отогнать эти мысли», постоянно ждал, что что-то само собой должно произойти, и он станет вором в законе, хотя не понимал смысла этого. Сообщает также, что у него были ощущения, что его, с одной стороны, охраняет ангел-хранитель и Творец подсказывает ему жизненный путь, а с другой — «дьявол внушает ему мысли», помимо его воли возникают мысли покончить жизнь самоубийством. При этом приводит многочисленные примеры общения с Творцом и ангелом-хранителем. Говорит, что при этом испытывает «физическую ноющую тяжесть», как «все существо пронизано», «не может найти себе места, испытывает беспокойство», бывают как бы «щелчки по носу», слышит «звонкие голосочки, как колокольчик». Сообщает, что иногда у него возникают ощущения, как будто он «сам не свой», в голову лезут навязчивые мысли, которые звучат его голосом. Отмечает, что ранее он был «сильно впечатлительным, все переживал», а в последнее время стал равнодушным, при этом неадекватно улыбается.

Говорит, что в последнее время перед правонарушением он решил, что он должен сам что-то сделать, чтобы стать «вором в законе», так как не мог «отделаться от навязчивых воспоминаний о святой, в то же время сложилась тяжелая ситуация в семье, были проблемы». Для этой цели приобрел оружие

и совершил разбойное нападение. Говорит, что только в тюрьме, особенно после лечения, он почувствовал некоторое облегчение своего состояния, а также сказав другим, что он должен быть вором в законе. Мышление непоследовательное, со склонностью к рассуждательству, символизмам, соскальзываниям. Суждения незрелые, инфантильные, порой расплывчатые. Критические способности нарушены.

В отделении испытуемый режим не нарушает. При экспериментальнопсихологическом обследовании обнаруживаются нарушения мыслительной деятельности в виде нечеткости и расплывчатости суждений, смысловых искажений, элементов полисемантизма, нецеленаправленности мышления, склонности к своеобразного характера рассуждениям с проекцией фиксации на религиозной тематике, соскальзываниями, разноплановостью, актуализацией латентных и отдаленных признаков, формальных ассоциативных связей. Выраженных расстройств памяти, внимания, умственной работоспособности не выявляется.

Комиссия пришла к заключению, что С. страдает хроническим психическим заболеванием в форме параноидной шизофрении (F20.00), он был признан невменяемым. С учетом развернутой галлюцинаторно-бредовой симптоматики, нарушений критических способностей ему было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Данное наблюдение является достаточно типичным для параноидной шизофрении. У С. заболевание началось с утраты интереса к военной службе, аутизации, разработки собственной системы оздоровления, перепадов настроения и экстравагантных увлечений мистикой и оккультизмом с дальнейшим присоединением обманов восприятия (слуховые и телесные галлюцинации) и бредовых идей, которые и определили совершенное правонарушение. У пациента отмечаются выраженные изменение в эмоционально-волевой сфере, расстройства мыслительных процессов, эмоциональная уплощенность, редукция энергетического потенциала, развернутая галлюцинаторно-параноидная симптоматика с явлениями парафренизации.

Шизотипическое расстройство (вялотекущая шизофрения) характеризуется медленным, малозаметным течением, нередко в течение многих лет. Постепенно усиливаются проявления шизоидных свойств личности, появляются беспричинные колебания настроения, тревога, чувство собственной неполноценности. Несмотря на отгороженность и снижение жизненной энергии, больные могут продолжать работу или учебу, хотя эффективность их деятельности заметно уменьшается. В дальнейшем отчетливее становятся явления субдепрессии, чувство собственной

измененное™, нарастает неадекватность и обедненность эмоциональных проявлений, наблюдаются эксцентричность и странность поведения, своеобразие мышления. В круге расстройств отмечаются навязчивости, истерические, астенические, астеносенестопати- ческие проявления. Могут возникать истерические реакции и формы поведения, ранее не свойственные больным. На первый план выступают обсессивные (навязчивые) расстройства со стойкими ритуальными защитными действиями. Например, опасаясь заражения, пациент постоянно моет руки. В то же время обсессии при шизотипическом расстройстве отличаются от таковых при невротических расстройствах: они проявляются у пациентов, для структуры личности которых они нехарактерны, возникают без видимой внешней причины, отмечается постепенное расширение их круга и снижение элементов личностной борьбы. Пациенты начинают воспринимать свои навязчивые действия без достаточной критики. Вместе с тем после длительного течения заболевания с псевдоневротическими расстройствами психопатологические проявления начинают тускнеть и дезактуализироваться. На первый план выступает легкий дефект психики в виде замкнутости, чудаковатости, экстравагантности интересов. В большинстве случаев больные сохраняют трудоспособность, выполняют посильную работу, обслуживают себя в быту, создают собственные семьи, сохраняют развитый внутренний мир. В части случаев болезнь прогрессирует и спустя много лет приобретает клиническое сходство с параноидной шизофренией.

Диагностика. На протяжении двух лет постепенно или периодически обнаруживаются четыре признака из перечисленных:

- 1) неадекватный аффект, холодность, отчужденность;
- 2) чудаковатость, эксцентричность, странность поведения и внешнего вида;
- 3) утрата социальных коммуникаций, отгороженность;
- 4) магическое мышление, странные убеждения, не совместимые с культуральными нормами;
- 5) подозрительность и паранойяльность;
- 6) бесплодное навязчивое мудрствование с дисморфофобическими, сексуальными или агрессивными тенденциями;
- 7) соматосенсорные или другие иллюзии, деперсонализация и дереализация;
- 8) аморфное, обстоятельное, метафорическое или стереотипное мышление, странная вычурная речь, разорванности мышления нет;
- 9) эпизоды спонтанных бредоподобных состояний с иллюзиями, слуховыми галлюцинациями.

Психопатоподобный вариант шизотипических расстройств по клиническим проявлениям сходен с расстройствами личности. Вместе с тем у подобных

больных помимо нарушений характера и поведения отмечаются медленно нарастающие эмоциональные и личностные изменения (холодность, враждебность к близким, парадоксальность аффективных реакций, спонтанные перепады настроения, склонность к самоанализу, необычные интересы и т.д.). Происходит постепенное усложнение симптоматики — углубление аффективных колебаний, формирование паранойяльных идей (например, бред ревности в течение многих лет, без формирования дефекта). В целом прогноз благоприятен. Многие пациенты с данной патологией длительное время находятся вне поля зрения психиатров, и им устанавливается диагноз в условиях судебно-психиатрической экспертизы уже после совершения ими тяжких правонарушений. Ниже приводится подобное наблюдение.

Подэкспертный R, 24 года, обвиняется в покушении на убийство нескольких лиц, разбойном нападении, в совершении убийства двух лиц. *Из анамнеза.* Родился старшим из двух детей, с 3 до 11 лет состоял на учете у фтизиатра, часто болел простудными заболеваниями. Обучение в школе начал в возрасте 6 лет, с 1-го по 5-й классы учился на «хорошо» и «отлично», затем к учебе охладел, снизилась успеваемость, стал прогуливать занятия в школе. Мать подэкспертного связывала это с переходным возрастом, взаимоотношениями с одноклассниками. По характеру формировался спокойным, добродушным, справедливым, часто замыкался в себе, были периоды сниженного настроения. До 8-го класса учился на «удовлетворительно» и «хорошо», интересовался литературой, биологией, историей, философией; точные науки ему давались с трудом. Из-за конфликтных отношений с одноклассниками в 8-м классе его перевели в другую школу, где он закончил 9-й класс с хорошими оценками, появилось много друзей; с бывшими одноклассниками отношений больше не поддерживал. После 9-го класса продолжил обучение в реставрационном училище по специальности «плотник-реставратор памятников деревянного зодчества», отношения с сокурсниками были хорошие. В возрасте 19 лет перенес травму головы с кратковременной потерей сознания, после чего отмечалось головокружение, но за медицинской помощью не обращался. Проходил срочную воинскую службу в пограничных войсках. В звании старшины был уволен в запас на общих основаниях. Во время прохождения воинской службы он неоднократно получал черепно-мозговые травмы в ходе конфликтов с сослуживцами, а также в результате автомобильной аварии, но к врачам за помощью не обращался. Кроме того, он неоднократно подвергался укусам ядовитых змей (гадюк), противоядий на заставе не было, поэтому приходилось оказывать помощь себе самому, его периодически беспокоили головные боли и нарушения сна. В течение полутора лет после увольнения в запас работал сначала в монтажной фирме, затем менеджером по распространению эксклюзивных книг.

Приблизительно за полгода до совершения правонарушения Р. познакомился с О., которая занималась проституцией. После нескольких встреч с О. подэкспертный предложил ей прекратить заниматься проституцией и жить вместе с ним. Она согласилась и ушла из притона, заплатив его содержателю М. 200 долл, за уход, однако вскоре туда вернулась, так как им негде было жить и она нуждалась в деньгах. Подэкспертный после этого дважды приходил к М., представляясь то сотрудником уголовного розыска (при этом надевал камуфлированный костюм, маску-шапочку и брал пневматическое ружье, изготовленное в виде автомата Калашникова), то представителем местной организованной преступной группировки. Однако М. в квартиру его не пустил и отказался с ним о чем-либо разговаривать.

Р. обвиняется в том, что проник в квартиру, где проживали содержащие притон М. и Л., а также занимающиеся проституцией несколько молодых женщин (его знакомой О. среди них в этот момент не было) и нанес М. и еще двум женщинам, находившимся в квартире, множественные удары ножом в различные части тела, после чего похитил мобильный телефон и сумку. Затем он выбежал из квартиры и в холле нанес множественные удары ножом пожилым супругам К. (соседям по лестничной площадке) и встретившейся ему на лестнице Д. (одна из женщин, проживавших в притоне). Один из супругов (муж) скончался на месте, Д. была доставлена в больницу бригадой «скорой помощи», где от полученных ранений также скончалась.

При обследовании в период проведения экспертизы. *Соматическое состояние.* Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. *Неврологическое состояние.*Заключение невролога: «Последствия травм головного мозга с легкими признаками поражения ЦНС. Легкий астенический синдром. Синдром вегетативной дистонии». *Психическое состояние.* Подэкспертный знает, где и зачем находится, правильно называет текущую дату. Внешне опрятен. Формально контакту доступен, в беседе несколько напряжен, насторожен, подозрителен. Лицо маскообразное, взгляд расфокусированный, периодически неадекватно улыбается. В начале беседы на вопросы отвечает односложно, формально, хотя и в плане заданного; в дальнейшем отвечает обстоятельно, последовательно излагает эпизоды из своей жизни, не ссылаясь на запамято- вание. Рассказывает, что «с детства был самостоятельным, сам к этому стремился», «нужно было помогать матери», «был аккуратным, равнялся на отца». Себя характеризует «не злопамятным», но «долго помнящим обиду» (помнит обидчиков с детского сада), «мстить не пытался, но мысленно представлял, как уничтожил бы обидчиков». Отмечает, что в школе был период, когда у него возникли большие проблемы во взаимоотношениях с одноклассниками. В 8-м классе стал замечать, что окружающие к нему недоброжелательно относятся, чувствовал, что они шептались за его спиной. Сначала старался не обращать внимания, больше уделял времени учебе, «держался особняком». Испытывал чувство внутреннего напряжения, не мог заставить себя ходить в школу.

Начал пропускать занятия, затем и вовсе перестал посещать школу. Четыре месяца просидел дома, почти никуда не выходя, была апатия, не мог ничем заниматься. Затем родители перевели его в другую школу, и больше он никаких отношений с бывшими одноклассниками не поддерживал, избегал встреч с ними. Службу в армии описывает сдержанно, говорит, что служить было тяжело, не всегда складывались отношения с сослуживцами. Рассказывает, что вскоре после демобилизации в течение одной-двух недель у него было необычное состояние: нарушился сон (спал не более четырех часов в сутки), испытывал чувство внутреннего напряжения, растерянности, необъяснимого страха, было ощущение надвигающейся катастрофы. Не понимал, что с ним происходит, возникали мысли, что он может сойти с ума. Все это время находился дома, боялся выходить на улицу, затем постепенно данные переживания сгладились. Отмечает, что после этого изменился по характеру: «стал жестче», «по-другому начал относиться к окружающему, к людям», «поменялось мировоззрение». В то же время затрудняется более детально описать произошедшие с ним изменения и дать им качественную (положительную или отрицательную) оценку. Говорит, что в течение последнего года стали периодически возникать хаотичные наплывы мыслей в голове, сопровождающиеся неприятными ощущениями волнения, общего дискомфорта. Считает, что «все в последнее время пытались обвести его вокруг пальца», особенно Ю. (девушка, с которой он встречался до и после армии) и ее родители, которые плохо к нему относились. Не может объяснить, с чем это было связано и в чем конкретно проявлялось. Отмечает, что после прихода из армии стало труднее находить общий язык и понимание с людьми, с Ю. расстался по ее инициативе, не мог ей этого простить, так как ее любил. Рассказывая об О. (проститутке, с которой он встречался), подэкспертный становится аффективно напряженным, начинает говорить на повышенных тонах, сжимает кулаки. Заявляет, что «О. другая, хотя и проститутка», «она добрая, честная, готова помочь в трудную минуту», он «хотел на ней жениться, а ее дочь удочерить», говорил ей, что, если она его бросит, то он «потеряет голову и сойдет с ума». Говорит, что хотел вытащить О. из притона, где она работала, а М. (сутенер) морально издевался, заставлял ее отрабатывать деньги, поэтому решил проучить его.

Рассказывает, что в день происшествия утром приехал к дому, где проживал М., в течение трех часов выпил несколько банок алкогольного коктейля и пять банок (по 0,25 л) энергетического напитка, «опьянения не чувствовал, страх пропал, появилась сильная злость». Утверждает, что нож взял для самообороны, так как знал, что у М. было оружие. Когда дверь открылась, девушка закричала, «испугавшись, нанес удар». Утверждает, что помнит все свои дальнейшие действия, однако рассказывает о них спокойно, без эмоциональной окраски. Говорит, что было ощущение нереальности происходящего, «внезапно все изменилось», «страха не было, была злость». Затрудняется описать свои эмоции и переживания во время совершения противоправных действий, говорит, что «все происходило как будто не с

ним», «был как робот», все воспринималось необычно, чуждо и непонятно, «люди были как манекены». Вспоминает, что, склонившись с ножом над М., услышал «голос», который сказал: «уничтожить» (затем поправляется, что может быть, это был и не «голос», а мысль, которая, «как молния пронзила голову»). Не может объяснить, зачем наносил удары остальным окружающим, в том числе старикам. Формально сожалеет о случившемся, в то же время заявляет, что «жалко только стариков», а к потерпевшим девушкам жалости не испытывает, так как они завидовали их с О. отношениям, спаивали О., не подзывали ее к телефону, когда он звонил, «хихикали над ним». Считает себя психически здоровым человеком, хотя «то, что он сделал, не укладывается в голове». Высказывает возмущение по поводу статьи в газете (в которой было описано данное происшествие), считает, что в ней «исказили всю информацию». Утверждает, что в статье «были строки из письма, которое он передал через адвоката», «значит, и он заодно с ними». Фиксирован на своих переживаниях. Фон настроения неустойчивый. Эмоциональные реакции маловыразительные, однообразные, парадоксальные. Мышление аморфное, нецеленаправленное, амбивалентное, суждения поверхностные. Склонен к рассуждательству. Обманов восприятия не выявляется. Критика к своему состоянию и судебно-следственной ситуации нарушена.

При экспериментально-психологическом исследовании обнаруживается снижение четкости мышления подэкспертного, субъективизм в интерпретации стимульного материала и трудности выбора существенных признаков предметов и значимых критериев оценки. Обращают на себя внимание нечеткость смысловых дифференцировок, опора на субъективные критерии и их разноплановость при оперировании как отвлеченными, так и конкретными понятиями, крайнее своеобразие в интерпретации отдельных пословиц. При исследовании ассоциативной сферы выявляются своеобразие и субъективизм большинства актуализируемых связей, отдаленность и неадекватность ряда продуцируемых образов, резонерство и нечеткость суждений в пояснениях, а также смысловые искажения в единичных пробах. Экспертной комиссией было дано заключение, что Р. страдает шизофренией (F21 — шизотипическое расстройство по МКБ-10) и он не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию. Ему было рекомендовано принудительное лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Данное наблюдение представляет интерес по нескольким соображениям. Во-первых, речь идет о первичной диагностике шизофрении у больного, болезненный процесс у которого уже миновал инициальную стадию, но еще не очевиден для окружающих и проявляется очень ограниченным набором идеа- торных и негативно-личностных расстройств, хотя и достаточных для постановки правильного диагноза, но нуждающихся в выявлении и

правильной оценке. Во-вторых, в данном случае у подэкспертного имелась длительная психотравмирующая ситуация (правда, весьма специфическая), и ее взаимодействие с измененной патологической «почвой» представляет несомненный клинический интерес. В-третьих, необходим анализ самого ООД, характер и тяжесть которого явно выходят за рамки обычного «бытового» правонарушения, и определение роли психопатологических, личностных и ситуационных факторов в его совершении.

Некоторые авторы пришли к выводу, что лица, у которых развилась шизофрения, особенно чувствительны к определенным стрессовым воздействиям типа реальной или переживаемой угрозы самолюбию или самооценке и что они могут болезненно реагировать на события, которые другие не сочтут «огорчительными» [Симпсон, 2001]. Так, в обсуждаемом наблюдении было бы сложно ретроспективно с психопатологической точки зрения интерпретировать эпизоды психических нарушений в жизни подэкспертного (в период обучения в школе и вскоре после возвращения из армии), если бы не дальнейшая динамика психического состояния Р. с появлением идеаторных нарушений и нарастанием негативно-личностных изменений и социальной дезадаптации, с последующим совершением тяжкого деяния. С учетом изученного психического статуса подэкспертного оба указанных эпизода можно квалифицировать как острые психотические эпизоды шизофренического процесса. В первом случае — как манифестацию, проявлявшуюся атипичной астенической субдепрессией и неоформленными идеями отношения (но, возможно, это были и ярко выраженные процессуально неспецифические «форпост-симптомы», поскольку о психическом состоянии Р. в тот период можно скорее предполагать, чем судить с определенностью, учитывая скудные анамнестические данные), которая завершилась спонтанной ремиссией уровня практического выздоровления. Во втором случае можно констатировать абортивный шизофренический шуб (приступ), повлекший за собой достаточно заметные личностные изменения и ознаменовавший проявления развивающейся процессуальной симптоматики. Представляется очевидным, что между субъективно психотравмирующей ситуацией и личностью пациента имела место взаимосвязь по типу «замка и ключа». Сама по себе странная и патологическая (с точки зрения психически здорового обывателя) ситуация любовных взаимоотношений Р. с проституткой оказалась личностно значимой для него, и их разрыв вызвал неожиданно резкий резонанс в его уже измененных заболеванием аффективных и когнитивных личностных структурах. Это, в свою очередь, определило и его действия (во многом нелепые и неадекватные) по «вызволению» О. из притона. Причем развитие данной психотравмирующей ситуации пришлось, по существу, на инициальный период развития заболевания.

В качестве фактора, спровоцировавшего ухудшение психического состояния Р. и совершение правонарушения, можно назвать употребление Р. перед

деликтом психоактивных веществ. Причем это касается не столько алкоголя, сколько энергетического напитка. Как указывалось, он выпил пять банок энерготоника, в состав которого входит целый набор веществ, обладающих метаболическим и психостимулирующим действием: таурин, глюкуронолактон, инозитол, кофеин, витамины (В3, В5, В6, В12). Причем о механизмах воздействия на центральную нервную систему первых трех компонентов известно не слишком много, имеются лишь данные об их выраженном стимулирующем эффекте. Употребление больными шизофренией стимуляторов может провоцировать как кратковременные, так и затяжные обострения психопатологической симптоматики. Это касается не только вторичных шизофренических феноменов (таких, как бред и галлюцинации), но и первичных, «специфических для патологии» нарушений перцепции и когнитивной сферы, что и приводит к усилению расстройств мышления, появлению враждебности, агрессивности в сочетании с ажитацией. Следует отметить, что концентрация указанных выше веществ в энергетическом напитке, который употреблял подэкспертный, является высокой. С учетом того, что Р. выпил пять банок напитка, можно утверждать, что в период совершения деликта он находился в состоянии интоксикации стимуляторами. Это вызвало обострение нозоспецифических когнитивных нарушений и возникновение дереа- лизационно-деперсонализационных расстройств по эндогенно-процессуальному типу с нарушением смысловой составляющей восприятия (в отличие от характера дереализации при депрессивных нарушениях, где ведущей является утрата аффективной составляющей, эмоционального тона восприятия, сопровождающаяся переживанием «болезненного бесчувствия»). Поэтому становится понятным равнодушное отношение Р. к содеянному, несмотря на формальную сохранность воспоминаний.

В противоправных действиях подэкспертного можно усмотреть определенную аналогию (разумеется, весьма условную) с дегуманизированными компьютерными играми, где действующее лицо (игрок) попадает в совершенно незнакомое и чуждое когнитивное пространство и там уничтожает злобных, бездушных монстров. В данном случае можно предполагать, что при совершении правонарушения у Р. также отмечались динамические элементы острого чувственного бреда, однако ввиду их мимолетности не подвергавшиеся дальнейшему осмыслению и вербализации. Психическое состояние Р. в период совершения правонарушения можно также интерпретировать как острый психотический эпизод на фоне бедного симптомами шизофренического процесса, который был спровоцирован актуальной для пациента психотравмирующей ситуацией и приемом психостимуляторов. Данное состояние характеризовалось дезинтеграцией когнитивных процессов, явлениями дереализации по эндогенному типу, дисфорическим аффектом и проявлениями брутальной агрессии.

Хронические бредовые расстройства.

К этой группе относятся различные расстройства, где хронический бред является единственной или наиболее заметной клинической характеристикой и которые не могут быть квалифицированы как органические, шизофренические или аффективные. Они характеризуются стойким монотематическим бредом с отсутствием явной динамики. Бред систематизирован, монотема- тичен, например: отношения, ревности, ложные убеждения в наличии физического недостатка, уродства (бредовая форма дисморфофобии), сутяжно-кверулянтский бред (борьба за свои мнимо нарушенные права и причиненный ущерб) и т.д. У таких больных не наблюдается эмоционально-волевого дефекта личности, характерного для шизофрении. Некоторые варианты хронических бредовых расстройств протекают на фоне выраженных аффективных нарушений и сопровождаются стойкими галлюцинаторными расстройствами. Так, при инволюционном параноиде — психозе, чаще встречающемся у женщин в пожилом возрасте, на фоне органических изменений центральной нервной системы, помимо систематизированных бредовых идей, как правило, отмечается тревожно-подавленное настроение и нередко — галлюцинаторные расстройства. Содержание бредовых идей носит бытовой характер, ограничивается конкретными жизненными событиями и окрашено идеями ущерба. В фабулу бредовых переживаний вовлекаются родственники, соседи. Так, больные заявляют, что их соседи «организовали притон» или «гонят самогонку», по ночам они слышат доносящиеся из-за стены шумы или «движение самогона» по трубам, угрожающие им голоса, осуждающие их действия и поступки. Нередко высказываемые идеи носят настолько правдоподобный характер, что им безоговорочно верят родственники и знакомые больных. Пациенты заявляют, что некие лица проникают в их отсутствие в квартиру, портят вещи, мебель, подсыпают в пищу яд, что их хотят выселить и отобрать у них квартиру («квартирный бред») и т.д. Пациенты вместе со введенными в заблуждение родственниками могут обращаться в правоохранительные органы с просьбами провести проверку, начать расследование. Нередки случаи включения в общую картину различных ипохондрических проявлений в виде неприятных ощущений в различных частях тела, в области половых органов. Пациенты по-бредовому их расценивают, связывая с последствиями отравления или другого воздействия со стороны мнимых преследователей.

Острые и транзиторные психотические расстройства. Острые психозы разнообразны по клиническим проявлениям, отличаются изменчивостью и различной продолжительностью — от минут и часов до дней и недель. Они включают различные аффективные расстройства — тревогу, страх, смятение, экстаз, а также бредовые и галлюцинаторные расстройства. Выделяются психотические расстройства без симптомов и с симптомами шизофрении. Если шизофренические симптомы присутствуют свыше одного месяца,

диагноз должен быть изменен на шизофрению. Острые и транзиторные психотические приступы возможны в любом возрасте.

Реактивный параноид.

Эти расстройства относятся к психогенным — возникающим под влиянием психотравмирующих, неблагоприятных факторов окружающей среды. Для их возникновения необходимы определенные условия — массивная психотравмирующая ситуация и наличие патологической «почвы» — астенизация пациента, его личностные особенности, последствия органических поражений головного мозга. В чистом виде (т.е. когда психопатологические проявления исчерпываются почти одной параноидной симптоматикой) реактивные параноиды встречаются редко. В большинстве случаев параноидная симптоматика отмечается на определенных этапах развития реактивных психозов, преимущественно депрессивной структуры, носит изменчивый, транзиторный характер и может сочетаться с галлюцинаторными расстройствами. Бредовые идеи обычно исчерпываются идеями преследования, отношения, внешней угрозы. При своевременном терапевтическом вмешательстве, а также при разрешении актуальной психотравмирующей ситуации, как правило, параноидная симптоматика подвергается быстрой редукции. Ниже приводится клиническое наблюдение.

Подэкспертный К., 37 лет, обвиняется в мошенничестве, вымогательстве. Обследован дважды: в экспертной клинике и на принудительном лечении. *Анамнестические сведения.* Родился младшим из пяти детей, по характеру формировался подвижным, общительным, стремился к лидерству. В школе начал обучаться с 6 лет, учился хорошо, занимался общественной работой. С 3-го класса подрабатывал в совхозе на прополке свеклы из-за тяжелого материального положения в семье, из-за жары и тяжелой работы его часто беспокоили головные боли и боли в спине. С 4-го по 6-й класс обучался в интернате, где получал травмы головы из-за издевательств старшеклассников. В 11—12-летнем возрасте дважды переносил травмы головы с потерей сознания, после чего беспокоили головокружения. С 8-го класса стал активно заниматься дополнительно для поступления в МГИМО, самостоятельно изучал английский язык. После окончания 10 классов школы, пытался поступить в институт, но не поступил и уехал работать на комсомольскую стройку, чтобы заработать рекомендации в МГИМО. Работал бетонщиком, вновь пытался поступить в институт, но не был допущен к экзаменам. Работал учителем английского языка в школе, заочно обучался в институте иностранных языков, отслужил срочную службу в армии, после чего работал токарем, учителем английского языка. Переехав в Москву, работал на различных должностях в одном из министерств, закончил Академию внешней торговли. В характеристике с места работы отмечено, что зарекомендовал себя как квалифицированный специалист, владеет иностранными языками. В общении проявляет уравновешенность, не

употребляет спиртных напитков, заботлив к семье и родителям. За трудовую деятельность имеет поощрения. Женат, от брака имеет троих детей, отношения в семье хорошие.

Обвиняется в том, что являясь соучредителем коммерческой организации, действуя от имени руководства, взимал арендную плату наличными, при этом не оформляя их через бухгалтерию, тем самым мошенническим путем завладел деньгами в сумме 35 000 долл. США, а также в том, что совместно с другими лицами вымогал деньги у сотрудников фирмы-арендатора, подвергал их избиению, а также завладел их автомашиной и другим имуществом. В следственном изоляторе был осмотрен врачом, предъявлял жалобы на общее недомогание, повышение температуры, сухость во рту, рвоту на протяжении нескольких дней. Отмечал, что сильно похудел, говорил с трудом. Был помещен в стационарное терапевтическое отделение с диагнозом: «Гипотрофия алиментарная. Хронический гастродуоденит». В отделении был заторможен, малодоступен контакту, на вопросы отвечал избирательно, с трудом. Смотрел в одну точку, беспокоили навязчивые мысли. После консультации психиатра с диагнозом «реактивное состояние» был переведен в психиатрическое отделение. При поступлении сидел в однообразной позе, «обирался». Контакту был недоступен, взгляд устремлен в одну точку. Предположительно ему был установлен диагноз: «Галлюцинаторный синдром». Отмечались сниженный фон настроения, замедленные, суетливые движения. Был насторожен, напряжен. На вопросы отвечал в плане заданного вопроса, тихим, несколько раздраженным тоном. Анамнестические сведения сообщал последовательно, но при уточнении наиболее компрометирующих его фактов и правонарушения становился более напряженным, настороженным, испуганным, повторял вопросы и давал односложные ответы. Отмечалась однообразная мимика, замедленные движения, пассивная подчиняемость.

Был направлен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В экспертном стационаре. *Соматическое состояние.* Отмечается дефицит массы тела. Заключение терапевта: «Язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе стихающего обострения. Недостаточность кардии?» Неврологическое состояние без особенностей. *Психическое состояние.* Формально правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Контакт с испытуемым затруднен. Двигательно заторможен, передвигается медленно, временами опираясь о стену. Отмечается выраженная эмоциональная подавленность, тревожность, настороженность. На вопросы отвечает тихим голосом, иногда после паузы. В беседе быстро истощается, не все вопросы осмысляет. В начале беседы старается отвечать на вопросы подробно, однако вскоре начинает замолкать, обрывать фразы, задумывается, опускает голову, что-то шепчет. Периодически на глазах появляются слезы. При активных расспросах говорит, что у него что-то происходит с головой, «когда начинаю волноваться, то мозг заклинивает», «хочу, но не могу произнести слова»,

«все делаю не то, а потом мучаюсь». Говорит, что ему «трудно сосредоточиться, собрать все воедино». Во время беседы сообщает, что когда он засыпает, то у него «тело отключается, а мозг просыпается», «вибрирует», «перекатывается», «в голове бьет током», «вибрация идет от темечка до лба», «ощущаются шумы, которые то уменьшаются, то усиливаются». Говорит, что «мозг вибрирует также, когда он читает молитву или думает о чем-либо». Говорит, что в СИЗО он сильно изменился, ощущал, как «падает в пропасть», «не видит просвета», возникали мысли о нежелании жить. Стал периодически слышать «голоса детей», «тети», «умерших родственников», которые звали его к себе. Стал замечать, как сокамерники по-особому на него смотрят, тайно замышляют что-то против него, стал ощущать угрозу, исходящую от окружающих.

Было дано заключение о наличии у К. временного болезненного расстройства психической деятельности в форме реактивного психоза галлюцинаторнопараноидной структуры, и он был направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа до выхода из болезненного состояния без решения диагностических и экспертных вопросов. Повторно обследован через год в психиатрическом стационаре. *Соматоневрологическое состояние.* За время лечения значительно уменьшился дефицит массы тела. Предъявляет незначительные жалобы астенического характера: ощущение слабости, быстрая утомляемость, ощущение давления в голове. По заключению терапевта страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в стадии ремиссии, фурункулезом, миокардиодистрофией. Получает лечение по поводу указанных заболеваний. *Психическое состояние.* Входит в кабинет энергичной походкой, улыбается. Охотно вступает в беседу. Отмечает значительное улучшение самочувствия за период лечения. В настоящее время считает себя полностью психически здоровым. Прошлое состояние расценивает как болезненное. Связывает его с субъективно безвыходной ситуацией, в которую тогда попал. Считает, что ему помогло не только лечение, но и изменение взглядов на жизнь. Говорит, что в последние месяцы прочитал Коран и Библию, изменил взгляд на многое в жизни. Отмечает, что в начале пребывания в больнице несколько раз видел «фигуру матери» в черном, слышал голоса, которые, обращаясь к нему, требовали подтверждения совершенного им преступления, испытывал страх, тревогу, опасался за свою жизнь, однако эти явления быстро прошли, расценивает их как болезненные. В настоящее время беспокоят только чувство тяжести в голове, неосвежающий сон, утомляемость. В процессе беседы отмечаются явления истощаемости. Фон настроения ровный, какой-либо психотической симптоматики не выявляется. В отделении ведет себя упорядоченно, общается с другими пациентами, помогает медперсоналу.

Таким образом, К. перенес реактивный психоз депрессивно-параноидной структуры с галлюцинаторными включениями. Следует отметить также

особенности личности испытуемого — это человек своеобразный, гиперсоциальный, с повышенной внутренней ответственностью, высокой личностной тревожностью, с ориентацией на социально нормативные формы поведения, карьеру, социальный успех. В результате попадания в судебно-следственную ситуацию кардинально меняется его социальный статус, служебная карьера оказывается загубленной. Поскольку К. является достаточно зрелой личностью, после ареста он пытается совладать с ситуацией, размышляет о ней, обращается к религии, пытается подавлять свои отрицательные эмоции, однако ситуация оказывается для К. непосильной и у него болезненно снижается настроение, нарастает внутренняя тревога, и параллельно с возникновением явлений дереализации-деперсонализации (ему кажется, что «жизнь в камере сама по себе, я — отдельно, не вписываюсь в нее») возникают идеи отношения (пациенту кажется, что «окружающие настроены против него... ожидает, что ему хотят сделать что-то плохое, только не открыто, а тайно...»). После проведенного лечения пациент быстро восстанавливается, с полной критикой относится к перенесенному болезненному состоянию.

Шизоаффективные расстройства. Это эпизодические (приступообразные) расстройства, при которых присутствуют как аффективные, так и шизофренические симптомы, зачастую одновременно. Продолжительность приступов может быть от нескольких недель до месяцев и лет. В течение жизни больной может переносить от одного до многих приступов. Выделяют маниакальный, депрессивный и смешанный типы шизоаффективных расстройств. При маниакальном типе отмечается повышенное настроение с переоценкой собственной личности, идеями величия, на фоне возбудимости и раздражительности возможны идеи преследования, элементы острого чувственного бреда, проявления агрессии. После нескольких недель наступает полное выздоровление с высоким качеством ремиссии. При депрессивном типе психоза отмечаются проявления депрессии с заторможенностью, бессонницей, потерей интересов, чувством вины, суицидальными мыслями. Наряду с этим отмечаются отдельные симптомы, типичные для шизофрении: открытости мыслей, идеи преследования, воздействия, вербальные обманы восприятия. Прогноз при депрессивном типе психоза менее благоприятен. После повторных приступов шизоаффективных психозов (обычно после третьего-четвертого) постепенно у больных формируются мягкие изменения личности с астеническими, гиперстеническими проявлениями и легким обеднением эмоциональных проявлений. Как правило, активность заболевания с годами снижается, приступы становятся реже, личностные изменения приобретают застывший характер. В межприступный период у больных отмечается критическое отношение к перенесенным болезненным состояниям, и они разграничивают состояние здоровья и болезни. Работоспособность у таких больных обычно не снижается длительное время, и прогноз заболевания достаточно благоприятный.

Индуцированное бредовое расстройство.

Проблема индуцированных психических расстройств является одной из наиболее интересных и даже загадочных в психиатрии. И не только в психиатрии, эта проблема смежная для психиатрии, медицинской и социальной психологии. «Индуцированный» происходит от латинского inducer — влиять, побуждать. Индуцированные состояния рассматриваются в современной клинической литературе как наблюдаемые у двух или более больных синдромы одинаковой структуры и содержания. Причем сначала психическое расстройство развивается у одного из них (индуктора), а затем, в результате его патологического психического влияния, у других лиц (реципиентов). Общий признак индукции — передача симптоматики, которая как бы перенимается, повторяется, отражается в психическом состоянии индуцированных больных (реципиентов). На сегодняшний день не существует единого клинико-психологического понимания индукции. Высказываются различные мнения о генезе индуцированных психических расстройств. В практической работе также возникают часто диаметрально противоположные мнения в отношении диагностики и судебно-психиатрической оценки индуцированных психозов. В судебно-психиатрической практике индуцированные психозы встречаются редко и являются материалом почти казуистическим, однако подобные наблюдения имели место всегда с большей или меньшей регулярностью. Как правило, такие лица привлекались к уголовной ответственности за тяжкие правонарушения (убийства).

Нужно сказать, что в общепсихиатрической практике индуцированные психозы являются материалом еще более казуистическим, но не потому, что их нет, а потому что эти больные редко попадают в поле зрения психиатров. Как правило, это происходит, когда заводится уголовное дело и возникает необходимость в судебно-психиатрическом освидетельствовании. Необходимо отметить, что явление психической индукции широко распространено в обществе и сам феномен значительно шире узкой психиатрической проблемы. Было бы логичным предположить, что помимо психотических форм индуцированных расстройств существуют также пограничные формы и донозологические (доболезненные) феномены. Кроме того, индуцированные психозы до того, как манифестировать, проходят некие этапы развития. Французские психиатры в конце позапрошлого века дали клиническое описание помешательства от совместного пребывания — *folie a deux* — «бред вдвоем». Наиболее известна работа Ж. Байярже (1860 г.) — четыре наблюдения сходных психозов в семьях, когда заболевал сначала один член семьи, затем другие, бывшие до этого здоровыми. Французские авторы также называли эти психозы «сообщенными», «наведенными». В 1883 г. Г. Леман ввел термин «индуцированное помешательство», который вскоре перекочевал в отечественную литературу, поскольку уже в 1887 г. появилась работа В. И. Яковенко «Индуцированное помешательство как

один из видов патологического подражания», где автор приводит три собственных наблюдения и дает обзор имевшейся на тот момент зарубежной литературы.

В психиатрической литературе, посвященной данной проблеме, описываются казуистические случаи как в малых социальных группах, преимущественно на семейном материале, так и в больших социальных общностях, в основном на материале религиозных сект (В. Х. Кандинский, В. П. Сербский, П. И. Якобий).

Нужно сказать, что в отношении индуцированных состояний в больших социальных группах, так называемых психических эпидемий (массовых религиозных психозов, кликушества и т.д.) мнения ранее расходились. Одни считали, что они не имеют ничего общего с психозами типа folie a deux (например, В. И. Яковенко писал: «Зараза индуцированного помешательства берет себе жертвы почти исключительно из тесного круга семьи и щадит большею частью сторонних лиц»), другие (О. Бумке, К. Ясперс) психические эпидемии относили к индуцированным психозам. Действительно, число вовлеченных лиц может быть сколь угодно большим, и степень их родства также не играет особой роли, для развития индуцированных расстройств важна констелляция определенных условий, а механизмы развития индукции одинаковы независимо от числа реципиентов. В то же время, например, Э. Блейлер указывал, что «если больному (параноику) с религиозным или вообще лежащим в области недоказуемого бредом удается собрать секту, то зараженных его бредом придется считать душевнобольными только в самых тяжелых случаях».

С 20—30-х гг. XX в. в отечественной литературе об индуцированных психозах писали преимущественно судебные психиатры, они уже относили индуцированные бредовые расстройства к психогенным расстройствам и рассматривали как своеобразную форму реактивного психоза, который повторяет в своей клинической картине главные внешние черты и наиболее яркие психопатологические симптомы психоза партнера.

Согласно МКБ-10 индуцированные бредовые расстройства (F24) — редкое бредовое расстройство, причем только один из членов вовлеченной группы страдает истинным психическим расстройством, обычно шизофренической природы, но необязательно. Бред индуцируется другим членам группы и обычно проходит при разлучении. Бред передается лишь в особых условиях. Так, вовлеченная группа, как правило, имеет тесные контакты и изолирована от других языком, культурой или географией. Реципиент обычно зависит от индуктора или подчиняется ему. Индуцированные галлюцинации редки, но не исключают диагноз. Таким образом, это должен быть изолят с тесными эмоциональными связями (как правило, семьи). Первоначально большинство публикаций было написано именно на семейном материале. В. И. Яковенко в

своей работе дает обзор 113 случаев, в которых были задействованы 254 лица, из них родные сестры составили 27 наблюдений, мать и дочь — 23, муж и жена — 20, брат и сестра — 8 и т.д.

Итак, индуктором может быть любой душевнобольной при наличии у него аффективно окрашенного бреда. При этом содержание бредовых идей может различаться, они могут носить как более или менее правдоподобный, так и откровенно нелепый характер. Индуктор должен быть доминантным лицом в группе и восприниматься вовлеченными лицами как безусловный авторитет. Реципиентами бреда могут выступать лица тесно и продолжительное время общавшиеся с индуктором, при этом воздействие индуктора должно быть непрерывным и кумулятивным. Многие авторы указывали также на факторы, облегчающие развитие индуцированного расстройства — наличие у реципиентов «почвы» в виде личностных расстройств или особенностей (слабоволия, повышенной внушаемости, интеллектуальной примитивности), а также привходящих астенизирующих факторов, формирующих временную патологическую «почву» (последствия перенесенных инфекций, истощения, недосыпания и т.д.). Индуцированный психоз полностью излечивается при отделении индуктора от реципиентов, чем скорее проведена эта мера, тем быстрее наступает терапевтический эффект. Ниже приводится клиническое наблюдение.

Подэкспертный Р., 32 года. Обвиняется в сокрытии убийства матери. Экспертиза повторная, проводилась спустя 2 года после совершения правонарушения. *Из анамнеза.* Родился в многодетной семье, последним из восьми детей, рос и развивался нормально. Данных о наследственной отягощенно- сти психическими заболеваниями нет. Отец его по характеру был конфликтным, часто скандалил с женой, с детьми был строгим. Мать обладала твердым характером, но к детям относилась с любовью. Она «шаманила», гадала посетителям на картах, кроме того, снимала у младенцев «сглаз», при этом умывала их водой и «наговаривала мусульманскую молитву». Много лет она трудилась рабочей, последние годы — охранницей. В дошкольном возрасте Р. боялся оставаться один, испытывал страхи, ему казалось, что «маленький человечек» гоняется за ним по комнатам, не мог понять, во сне это происходит или реально. В школе начал обучаться своевременно, учился в первых классах хорошо, затем посредственно, ниже своих способностей, был ленив, не обладал прилежанием. По характеру был общительным, увлекающимся. Легко осваивался в компаниях сверстников, если нужно было постоять за себя, вступал в драки. Окончил 8 классов и училище по профессии тракторист-машинист, работал слесарем.

В 18 лет был привлечен к уголовной ответственности за попытку изнасилования и осужден на 5 лет лишения свободы. В заключении режим содержания не нарушал, получил травму головы с потерей сознания, лечился амбулаторно. После травмы периодически беспокоили головные боли. Перед

освобождением за месяц стал волноваться в ожидании свободы, снизился аппетит, нарушился сон. После освобождения он вернулся домой, устроился на завод формовщиком, женился, родился сын. На работе получил травму головы, но в больнице он не лечился. Отношения с женой не сложились, часто возникали конфликты, через год развелся. В том же году устроился на Север на заработки, жил у одной из своих сестер в общежитии, состоял в гражданском браке с женщиной старше его на 6 лет, которая имела сына. В возрасте 28 лет попал на сеанс гипноза как метода лечения от курения, во время сеанса почувствовал скованность, одеревенение тела, подчиняемость. После внушения полгода не курил, а затем против желания стал приучать себя к курению.

Из показаний сестер и свидетелей следует, что странностей в поведении Р. они не замечали; его характеризуют как скромного, трудолюбивого. Никогда прежде разговоров на мистические и оккультные темы не вел. В возрасте 29 лет он обратил внимание на передачи об экстрасенсах, вначале относился к ним скептически, но затем стал проявлять интерес, прислушиваться к отзывам и рассказам об экстрасенсах и понял, что они помогают в лечении. В тот период заболели вторая жена и ее сын, очень переживал случившееся. Стал следить за сеансами Кашпировского по телевидению, читал отзывы о нем, слышал, как его все хвалили, сам втянулся в просмотр этих сеансов, однажды на его сеансе «заснул». Заметил после этого, что на ноге «прошло расширение вен». Вскоре узнал от своих двух сестер, что их сестра Н. является экстрасенсом, лечит людей гипнозом и что к ней приходят на лечение многие больные люди. Поверил этому, выслушивал все рассказы сестер о чудесах, которые, творила Н. Вскоре увидел сон, что его «поместили в НЛО в форме летающей тарелки с шестью фарами, а когда он захотел курить, то выдвинули трап и он с трапа увидел черную бездну», пришел в себя на диване. С тех пор у него «появились экстрасенсорные способности» и он стал лечить сестру и знакомых биополями, проводя руками и притрагивась к телу. В тот период у него произошел разлад с сожительницей, ушел жить к одной из сестер, переживал случившееся, кроме того, был избит на улице неизвестными. Конфликт с сожительницей затянулся, Р. продолжал работать вахтовым методом на Севере, регулярно посещал мать и сестер, верил всему, что говорили ему про Н. (сестру — «экстрасенса»), стал смотреть на нее «как на Бога». Однажды приехал к своей сестре на Север с обесцвеченными волосами, пояснил, что так велела ему Н.

В то же время сама Н. была в конфликте с матерью, долгие годы с ней не общалась, убеждала сестер, что мать колдунья, наводит на детей порчу. Одна из сестер — М. вслед за Н. также стала рассказывать, что боится ходить к матери и ночевать у нее, так как там ее кто-то душит, раздаются какие-то голоса. Р. также стал опасаться заходить к матери, однажды прибежал к сестре «трясясь от страха», говорил, что в доме матери из «всех углов и со всех стен лезут ужасы». После этого Р. изгонял из квартиры сестры (М.) и из

нее самой «духов», она чувствовала его воздействие, не могла изменить неудобную позу.

Незадолго до правонарушения сестры отмечали, что Р. стал странным, рассказывал, что его катали на НЛО инопланетяне, что Н. сидит у него в полушарии мозга, он видит ее в белой одежде, разговаривает с ней, у него огромная сила, что-то писал на листках бумаги, рвал и выбрасывал их. За 15 дней до правонарушения Р. встретил в аэропорту Н., отметил ее необычное поведение: она разговаривала сама с собой, не узнала его (они не виделись длительное время). Когда он назвал себя, то холодно на него посмотрела. Далее Р. остановился дома у сестры М., где продолжал слушать ее рассказы о сеансах Н. Затем М. получила указания от Н. и привезла от нее «заряженную» рыбу для матери. Они втроем (с присоединившейся к ним второй сестрой) отправились к матери, чтобы «очистить» ее, поскольку она «колдует». Далее М., следуя инструкциям Н., в присутствии брата и сестры проводила сеансы «очищения», в результате чего мать скончалась.

Труп матери Р. был обнаружен со множественными телесными повреждениями. При осмотре места происшествия было отмечено, что забор вокруг дома частично обгорел, во дворе лежали груды обгоревших вещей. Дом, где находился труп, был закрыт на замок, участки пола в доме были обгоревшие, на полу валялись груды разбитой посуды, обгоревшие остатки одежды, пучков волос, подушек, книг и других вещей, которые сжигались на полу, во дворе, в ведре и над газовой плитой. Кроме того, было обнаружено, что патроны электроламп были разбиты, на стенах найдены следы, некоторые из них тройные, напоминающие «след воробья» от втыкания и царапанья иголок, в комнатах разбросаны различные вещи, на окружающих предметах были следы крови. Труп матери без одежды находился в кровати, был укрыт шерстяным одеялом, волосы на голове, бровях, лобке были сбриты, ресницы подстрижены; на щеке лежал желтый предмет, похожий на зуб, под матрацем найдены лоскутки обгоревшей кожи и ногтей. По заключению судебно-медицинской экспертизы смерть матери наступила от болевого шока, развившегося вследствие сочетанной травмы груди, живота, нижних конечностей. Констатированы множественные переломы ребер, грудины, обширная забрюшин- ная гематома, травматическая ампутация пальцев стоп, ожог кожи ног 1-, 2-, 3-й степени, сквозная рана кожи шеи, рана угла рта, верхней и нижней губы, ссадины и кровоподтеки. Указанные телесные повреждения сопровождались многократными воздействиями, вызывавшими длительное причинение боли пострадавшей.

В период следствия на допросах подэкспертный показал, что его мать являлась колдуньей и матерью он ее называет чисто юридически, так как когда она его родила, «у нее была другая душа». Сообщил, что незадолго до убийства у нее на работе он видел, как от матери выскочило что-то черное — «кошка или черт», ночью видел «черта», который прыгал в комнате и

ударялся об потолок. Сестра М. в течение двух дней проводила «сеансы» с матерью. Она говорила, что подэкспертный Р. «весь излучает», и он видел, как от пальцев у него шли лучи, также М. сказала, что прилетел НЛО, подэкспертный сначала подумал, что это солнце, но потом увидел желтый, сиреневатый, затем фиолетовый луч, направленный на них. На НЛО смотрела мать, постепенно лицо ее стало выгорать и отсвечивать черными пятнами, НЛО помогал очищать душу матери. На кухне и около матери он «отключался», терял сознание. Они все выносили вещи из дома, на которые мать навела порчу, и сжигали. Вторая сестра помогала М., они «контактировали с высшим разумом». В первый день сеансов подэкспертный сбрил матери волосы и брови; сделать это «велел высший разум». Снимал кожу с ног матери, «кожа легко снималась, как кирзовый сапог», а ногти на пальцах приобретали вид «копытцев». Он их снял, вынес и сжег в тазике. Потом они закрыли дом и все вместе ушли, когда уходили, мать была жива.

Будучи привлеченными к уголовной ответственности по соучастию в убийстве, все трое проходили стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Сестра М. (индуктор, основная участница) с диагнозом «бредовое органическое психическое расстройство в период правонарушения перенесла острый сосудистый психоз», была признана невменяемой. Вторая сестра по заключению судебно-психиатрической экспертизы является психопатической личностью мозаичной структуры, в период противоправных действий находилась в состоянии болезненного расстройства психической деятельности в форме индуцированного бредового расстройства, была признана невменяемой.

В период проведения судебно-психиатрической экспертизы физическое состояние Р. оценивалось как без патологии. По заключению невропатолога у Р. имеются нерезко выраженные органические изменения центральной нервной системы, вегетативная дисфункция в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. *Психическое состояние.* Ориентировка всех видов сохранена, правильно понимает цель обследования. Во время беседы двигательно неспокоен, часто меняет позу, хрустит пальцами рук, волнуется. Не сразу вовлекается в разговор, но, освоившись, охотнее отвечает на вопросы, более подробно сообщает о себе анамнестические сведения. При описании отдельных эпизодов из прошлого рисуется, несколько бравирует, стремится представить себя в более благовидном свете. Рассказывая о первом правонарушении, подчеркивает, что был не один, с товарищем, но всю вину взял на себя. Он следит за реакцией врача, настроение быстро меняется в зависимости от темы беседы. Стремится уйти от расспросов о случившемся, при затрагивании этой темы отвечает односложно, эмоциональное напряжение усиливается. В длительной, доброжелательной беседе лучше раскрывается, но при любом прицельном вопросе замолкает, говорит, что «не хочет выглядеть смешным». Оправдывает свою веру в экстрасенсов тем, что в 18 лет, будучи незрелым и неопытным, он попал в заключение, через 5 лет

вышел таким же, «отстал от жизни, не получил образования». Когда стали говорить и писать о гипнозе, биополях, появился интерес, увлекся сеансами Кашпировекого, поверил ему. В тот период его сестра рассказала ему о Н., о том, что у нее сильное биополе, что она лечит множество людей, совершает чудеса, что при ее воздействии люди засыпают и качаются как на сеансах Кашпировского. Вначале слушал об этом «вполуха», собственные проблемы были на первом месте: болезнь сына, конфликт с женой, однако разговоры повторялись, от М. услышал рассказы про «инопланетян и гномиков». Постепенно стал верить всему, что говорила М., а затем и вторая сестра. Они стали внушать ему, что Н. — «белая», что она несет людям добро, а их мать колдует и т.д. Стал верить в «высший разум», в потусторонний мир, в колдовство и магию, о том, что с ним происходило в период убийства матери «помнит плохо», мрачнеет, неохотно говорит об этом. Определяет свое состояние в тот период как изменившееся, перед этим два дня испытывал необычную сонливость, болела голова, была вялость, «скованность».

В период правонарушения «отключался», были «видения», «галлюцинации», видел то, о чем говорили сестры. Пытался их остановить, не допустить несчастья, повторяет, что не хочет «раскручивать эти воспоминания». После случившегося продолжалось необычное состояние, охранял сестер, боялся, что они что-нибудь сделают друг с другом. Стал понимать, что «натворили дел», хотел пойти в милицию, взять все на себя, но сестры доказывали, что они ни в чем не виноваты. После задержания в изоляции понял, что все, что ему представлялось, — «нереальность», это стало восприниматься как кошмарный сон, как будто все происходило с другим человеком. Вера в колдовство матери прошла, но ощущал провалы в памяти, поэтому путал показания. Окончательно пришел в себя через *4*—5 месяцев. Сожалеет о смерти матери, считает, что все трое находились в необычном состоянии — болезненном или под гипнозом и что воздействовала на них Н., предполагает, что она «сумасшедшая». Мышление у него последовательное, суждения неглубокие, иногда примитивные, эмоционально неустойчив. Наблюдается некоторая психическая незрелость. Критическая оценка перенесенного болезненного состояния, содеянного сохранена. Какой-либо психопатологической симптоматики за весь период экспертизы не отмечалось.

По заключению судебно-психиатрической экспертизы Р. является психопатической личностью истерического типа. За два месяца до совершения правонарушения у него развилось индуцированное бредовое расстройство с идеями колдовства, порчи, одержимости бесами, фантастическими представлениями об НЛО, экстрасенсорных воздействиях. Яркость и интенсивность индуцированных бредовых идей и фантастических представлений колебались в зависимости от частоты и длительности контакта с сестрами-индукто- рами. В период инкриминируемого деяния Р. находился в состоянии острого психотического состояния со зрительными и

слуховыми обманами восприятия, бредовыми идеями, соответствовавшими патологическим переживаниям сестер. На высоте психоза отмечалось колебавшееся по глубине сужение сознания, приближавшееся к сумеречному, с последующей частичной амнезией событий. После прекращения индуцирующего воздействия сестер у Р. отмечалось исчезновение психопатологической симптоматики с восстановлением психических функций. В отношении содеянного был признан невменяемым, в связи с практическим выздоровлением меры медицинского характера к нему не применялись. В данном наблюдении косвенным индуктором была сестра — «экстрасенс» М. (оставшаяся за рамками уголовного дела, вполне возможно, страдающая параноидной формой шизофрении), под влиянием которой сформировалась фабула бредовых переживаний у Н., страдавшей органическим психическим расстройством (психозом), которая и подвергла индукции реципиентов — сестру и брата (в данном случае наблюдался «бред втроем»), что и привело к тяжкому преступлению.

Судебно-психиатрическая экспертиза.

Больные шизофренией составляют значительную долю среди подэкспертных, проходящих судебнопсихиатрическую экспертизу по уголовным делам. Около 20% всех учтенных больных шизофренией, совершивших ООД во время болезни, впервые попали под наблюдение психиатров уже после его совершения (26,6% мужчин и 16,4% женщин), из них только половина — на первом году заболевания, около одной трети — спустя 5 лет и более от начала болезни и около одной шестой через 10 лет от начала болезни [Жариков, Морозов, Хритинин, 2004]. Сложность ранней диагностики обусловлена тем, что на ранних этапах развития заболевания преобладают субпсихотические, поведенческие, аффективные, паранойяльные расстройства, которые, с одной стороны, длительно остаются незаметными для окружающих, а с другой — определяют большинство ООД на начальных стадиях шизофрении. У больных, совершивших ООД, несколько чаще встречается наследственная отягощенность психической патологией (эндогенные психозы и алкоголизм), преобладают лица мужского пола. Криминогенность возрастает при нарастании психопатоподобных расстройств и бредовых (паранойяльных и параноидных) нарушений. Больных, склонных к совершению ООД, в целом отличает более раннее начало заболевания, полиморфизм клинической картины, преобладание на разных этапах психопатоподобных и бредовых состояний при непрерывном течении болезни.

Заболевание развивается нередко на фоне препсихотических характерологических отклонений с преобладанием возбудимости, неустойчивостью интересов и настроения, расторможенностью влечений. Нередко заболевание осложняется последствиями черепно-мозговых травм, злоупотреблением алкоголем и другими факторами, к которым

присоединяются неблагоприятные влияния окружающей социальной среды. Все это определяет низкую профессиональную, социальную, семейно-бытовую адаптацию как до, так и в период заболевания. Со временем у больных нарастают поведенческие нарушения. Все это затрудняет дифференциальную диагностику шизофрении у рассматриваемых больных. Наиболее часто больные шизофренией совершают ООД при доминирующих психопатоподобных расстройствах. Необходимо пояснить, что психопатоподобная («псевдопсихопатиче- ская») шизофрения в МКБ-10 включена в рубрику F21 (Шизотипиче- ское расстройство). Говоря о психопатоподобных расстройствах, мы подразумеваем не диагноз шизотипического расстройства согласно классификации, а выраженные поведенческие нарушения (агрессивность, импульсивность, неуживчивость, нарушение общепринятых норм поведения), которые могут наблюдаться при любой клинической форме шизофрении.

На втором месте по криминогенное™ прежде всего в плане совершения насильственных ООД находятся бредовые и галлюцинаторные расстройства. Суицидальные попытки наиболее часты при выраженном аффективном компоненте с преобладанием депрессивных расстройств в случае приступообразно протекающей шизофрении и нерезких изменений личности. В аспекте формирования противоправного поведения больных шизофренией большое значение имеют условия неблагоприятного воспитания в ранние периоды жизни, различные экзогенные влияния (черепно-мозговые травмы, алкоголизация, наркотизация), половозрастные характеристики, преморбидные личностные свойства. Так, в преморбидном периоде у больных наиболее часто отмечаются такие патохарактерологические особенности, как шизоидность, паранойяльность, эмоциональная неустойчивость и возбудимость, причем эти черты личности часто сочетаются [Березанцев, Кузнецов, 2011].

Судебно-психиатрическая оценка шизофрении в подавляющем большинстве случаев исключает применение наказания. Однако в некоторых случаях, при стойкой и длительной ремиссии и незначительных личностных изменениях, больные могут признаваться вменяемыми. Несмотря на все успехи современной терапии, шизофрения все же является тяжелым, хроническим заболеванием. При экспертизе отмечаются значительные трудности диагностического характера. Они обусловлены разнообразием клинической картины заболевания, сложностью установления некоторых психопатологических симптомов, трудностями в ретроспективном установлении анамнеза заболевания при первичной диагностике шизофрении в условиях СПЭ и т.д. Приходится отграничивать от шизофрении реактивные состояния, отдельные формы расстройств личности. Диагностические трудности могут быть связаны с тем, что больные шизофренией способны диссимулировать заболевание. Так, некоторые больные, диагноз которых не вызывает сомнений, упорно доказывают, что ранее они симулировали

психическое заболевание. Нередко подобные заявления исходят от больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении.

Первичная диагностика шизофрении возможна только после всестороннего обследования, тщательного наблюдения и обстоятельного анализа клинической картины заболевания подэкспертного, что возможно лишь в условиях стационара. При проведении заочной судебнопсихиатрической экспертизы по материалам дела и другим документам установить диагноз шизофрении или отвергнуть ранее поставленный практически невозможно.

Больные шизофренией, а также лица с бредовыми расстройствами и острыми психотическими состояниями в период совершения правонарушений признаются невменяемыми в связи с неспособностью осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, и к ним могут применяться те или иные меры медицинского характера (ст. 21 УК). Исключение составляют случаи стойких, глубоких ремиссий после перенесенных приступов заболевания с достаточной социальной адаптацией и незначительной выраженностью личностных изменений. В таких случаях возможно признание больного вменяемым. В то же время в состоянии устойчивой ремиссии, а также в некоторых случаях шизотипических расстройств у больных может наблюдаться снижение способности осознания социальных последствий своего поведения и ослабление волевого контроля над ним. В таких случаях судебно-психиатрическая оценка должна определяться в соответствии со ст. 22 УК с учетом всего комплекса факторов (характера и выраженности психических расстройств, уровня социальной адаптации, особенностей опасных действий и т.д.).

Оценка дееспособности больных шизофренией и иными расстройствами из этой группы определяется психическим состоянием больного, обусловливающим его возможность понимать (не понимать) значение своих действий или руководить ими. Однако определение дееспособности требует учета не только психического состояния, но и комплекса социально-психологических факторов, уровня социальной адаптации больных, их способности к самообслуживанию и самостоятельной жизни, прогноза заболевания. Многие из больных этой группы, несмотря на имеющиеся психические расстройства, сохраняют трудоспособность и поддерживают сложившиеся стереотипы семейных и социальных отношений. Те или иные гражданские акты, совершенные больными в остром психотическом состоянии или лицами, имеющими стойкие выраженные изменения личности, могут признаваться недействительными (при этом обязательно проведение СПЭ).

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Каковы распространенность, этиология, основные клинические проявления, формы течения и социальное значение шизофрении?
- 2. В чем заключается специфика клинических проявлений простой, гебефренической и кататонической форм шизофрении? Каковы особенности их судебно-психиатрической оценки?
- 3. Каковы особенности клинических проявлений параноидной формы шизофрении и ее судебно-психиатрической оценки?
- 4. Перечислите клинические признаки шизотипического расстройства и укажите особенности его судебно-психиатрической оценки.
- 5. Каковы клинические проявления хронических бредовых расстройств и особенности их судебно-психиатрической оценки?
- 6. В чем заключаются особенности клинических проявлений острых и тран- зиторных психотических расстройств, шизоаффективных расстройств? Какова специфика их судебно-психиатрической оценки?
- 7. Каковы отличительные клинические признаки индуцированных бредовых расстройств? В чем заключается специфика их формирования и судебно-психиатрической оценки?

Литература

БерезанцевА. Ю. Первичная диагностика шизофрении в условиях судебно-психиатрического стационара // Практика судебно-психиатрической экспертизы : сб. № 45. М. : ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2007. С. 78—91.

БерезанцевА. Ю., Кузнецов Д. А. Гендерспецифические клинико-социальные факторы риска нарушения режима психически больными во время стационарного принудительного лечения // Судебная психиатрия. Профилактика противоправного поведения лиц с психическими расстройствами. М., 2011. С. 35—46.

Блейлер Э. Руководство по психиатрии : пер. 3-го изд. / под ред. А. С. Розенталя. Берлин : Изд-во т-ва «Врачъ», 1920.

Жариков Н. М., Морозов Г. В., Хритинин Д. Ф. Судебная психиатрия. М. : Норма, 2004.

Кондратьев Ф. В. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипическом и хронических бредовых психозах // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М., 2004. С. 165—183.

Кондратьев Ф. В. Значение качества жизни больных шизофренией в профилактике агрессивных опасных действий : аналитический обзор. М., 2005.

Кондратьев Ф. В. Особенности диагностирования шизофрении у больных, совершивших общественно опасные действия : пособие для врачей. М., 2006.

Останков П. А. К строению бреда при паранойе и парафрении // Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии. 1927. № 2. С. 81—90.

Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. М. : Практика, 1998.

Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

Симпсон М. Э. Стресс и психозы // Шизофрения. Изучение спектра психозов. М. : Медицина, 2001. С. 314—328.

Случевский Ф. И. Атактическое мышление и шизофазия. Л.: Медицина, 1975.

СмулевичА. Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. М. : МЕДпресс-информ, 2009.

Снежневский А. В. Шизофрения. М. : МЕДпресс-информ, 2009.

Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание / А. П. Коцюбинский [и др.]. СПб. : Гиппократ-1-, 2004.

Шнайдер К. Клиническая психопатология (1959). Киев : Сфера, 1999.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • основные клинические проявления аффективных расстройств настроения;
- • судебно-психиатрическое значение аффективных расстройств настроения;

уметь

- • определять основные клинические проявления аффективных расстройств настроения;
- • выделять этиологию, патогенез и закономерности течения аффективных расстройств настроения;
- • устанавливать юридически значимые клинические проявления аффективных расстройств настроения;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки аффективных расстройств настроения.

Разделение аффекта и настроения связано с тем, что под аффектом понимается яркое выражение эмоций, которое непосредственно отражается в поведении, а под настроением — сумма эмоций за определенный промежуток времени, которая часто, но не всегда проявляется в поведении и может успешно скрываться. К кругу аффективных расстройств относятся мании, депрессии, биполярные, рекуррентные и хронические аффективные расстройства.

Эмоции проявляются в поведении (мимике, позе, жесте, особенностях социальных интеракций), а также в мышлении и субъективно описываются в структуре переживаний индивида. Когда над эмоциями утрачивается контроль, они достигают степени аффекта и могут привести к деструктивным (агрессивным) или аутодеструктивным (суицид, самоповреждение) действиям. Аффективные расстройства имеют несколько звеньев этиологии и патогенеза:

- • генетические причины — существуют теории генетического разнообразия аффективных расстройств. Предполагается существование доминантной, рецессивной и полигенной форм расстройств;
- • биохимические причины — нарушение обмена нейротрансмиттеров. Их уровень снижается при депрессиях и повышается при маниях;
- • нейроэндокринные причины — разрегуляция функционирования гипоталамо-гипофизарной, лимбической системы и эпифиза. Это косвенно влияет на целостную ритмику организма, в частности на ритм сна/бодрствования, сексуальной активности, питания, что ярко проявляется при аффективных расстройствах;
- • утрата социальных контактов и психосоциальные стрессы. Длительные и массивные и (или) множественные социально-стрессовые воздействия приводят к перенапряжению, а затем истощению личностных и биологических ресурсов индивида и к развитию депрессии у конституционально предрасположенных личностей. Наиболее значимыми стрессорами являются смерть супруга/супруги, ребенка, распад семьи, тюремное заключение, утрата экономического статуса.

Таким образом, аффективные расстройства полиэтиологичны. При маниакальных расстройствах ведущими являются наследственные (генетические) факторы (в первую очередь при биполярном расстройстве). При депрессивных нарушениях играют роль и наследственные факторы, и

внешние (социально-стрессовые, психогенные) причины при наличии конституциональной предрасположенности. Поэтому различают эндогенные и психогенные депрессии. Следует предположить, что при хронических и рекуррентных (повторяющихся) депрессивных расстройствах наиболее значимы наследственные факторы (в том числе врожденный дефицит нейротрансмиттеров). В случае единичных депрессивных эпизодов, развивающихся в связи с психогенными воздействиями, этиологическим фактором являются психосоциальные стрессы при наличии слабости систем психологической и биологической регуляции индивида.

Распространенность аффективных расстройств среди населения, по некоторым данным, составляет до 20%.

Маниакальные расстройства.

Классификация эпизодов мании в зависимости от степени выраженности включает гипомании, мании без психотических эпизодов и мании с психотическими эпизодами.

Под *гипоманией* понимают легкую степень мании, при которой изменения настроения и поведения долговременны и выраженны, не сопровождаются бредом и галлюцинациями. Приподнятое настроение проявляется в сфере эмоций как радостная безоблачность, раздражительность, в сфере речи — как повышенная разговорчивость с облег- ченностью и поверхностными суждениями, повышенная контактность. В сфере поведения отмечаются повышение аппетита, сексуальности, отвлекаемость, снижение потребности во сне, отдельные поступки, выходящие за рамки морали. Субъективно ощущаются легкость ассоциаций, повышение работоспособности и творческой продуктивности. Объективно увеличиваются число социальных контактов и успешность. В то же время отмечаются эпизоды безрассудного или безответственного поведения, повышенная общительность или фамильярность.

Основной критерий диагностики — повышенное или раздражительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума, сохраняется по меньшей мере несколько дней и сопровождается приведенными выше симптомами.

Следует отметить, что гипоманикальные эпизоды возможны при некоторых соматических и психических расстройствах. Например, при гипертиреозе, анорексии или лечебном голодании в фазе пищевого возбуждения; при интоксикации некоторыми психоактивными веществами (амфетаминами, алкоголем, марихуаной, кокаином), однако при этом присутствуют другие проявления соматической и психической патологии и интоксикации ПАВ.

В типичном виде *развернутое маниакальное состояние* проявляется так называемой маниакальной триадой: болезненно повышенным настроением, ускоренным течением мыслей и двигательным возбуждением. Ведущий признак маниакального состояния — маниакальный аффект, проявляющийся в повышенном настроении, ощущении счастья, довольства, хорошего самочувствия, наплыве приятных воспоминаний и ассоциаций. Характерными для него являются обострение ощущений и восприятий, усиление механической и некоторое ослабление логической памяти, поверхностность мышления, легкость и непродуктивность суждений и умозаключений, идеи переоценки собственной личности, вплоть до бредовых идеи величия, расторможенность влечений и ослабление высших чувств, неустойчивость, легкость переключения внимания.

Мания без психотических симптомов. Главное отличие от гипомании заключается в том, что повышенное настроение сказывается на изменении норм социального функционирования, проявляется в неадекватных поступках, которые не контролируются пациентом. Ускоряется темп течения времени и значительно сокращается потребность во сне. Повышаются толерантность и потребность в алкоголе, повышаются сексуальная энергия и аппетит, возникает тяга к путешествиям и приключениям. Благодаря скачке идей возникает множество планов, реализация которых не осуществляется. Пациент стремится к яркой и броской одежде, говорит громким голосом, делает множество долгов и дарит деньги едва знакомым людям. Он легко влюбляется и уверен в любви к себе всего мира. Собирая множество случайных людей, он устраивает праздники в долг. Отмечается безрассудное управление автомобилем, заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость. Галлюцинаций или бреда нет, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперакузия, яркое восприятие красок).

Основной симптом — повышенное, экспансивное, раздражительное (гневливое) или подозрительное настроение, которое не характерно для данного индивидуума. Изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении недели.

Следует дифференцировать манию с аффективными расстройствами при болезнях зависимости (эйфория при употреблении кокаина, марихуаны), с органическими аффективными расстройствами и с маниа- кально-гебефренным возбуждением при шизофрении и шизоаффек- тивных расстройствах.

Мания с психотическими симптомами. Представляет собой выраженную манию с яркой скачкой идей и маниакальным возбуждением, к которой присоединяются вторичные бредовые идеи величия, высокого происхождения, гиперэротичности, ценности. Возможны галлюцинаторные

оклики, подтверждающие значимость личности, или «голоса», говорящие пациенту об эмоционально нейтральных вещах, или бред значения и преследования. Наибольшие трудности заключаются в дифференциальной диагностике с шизоаффективными расстройствами, однако при этих расстройствах должны быть симптомы, характерные для шизофрении, а бредовые идеи при них в меньшей степени соответствуют настроению. Однако диагноз можно рассматривать как начальный для оценки шизоаффективного расстройства (первый эпизод).

Биполярное аффективное расстройство — это психическое расстройство, ранее именовавшееся маниакально-депрессивным психозом (МДП). Характеризуется повторными (по крайней мере двумя) маниакальными, депрессивными и смешанными эпизодами, которые сменяются без определенной последовательности. Особенностью данного психоза считают наличие светлых межфазных промежутков (интермиссий), при которых исчезают все признаки заболевания, наблюдается полное восстановление критического отношения к перенесенному болезненному состоянию, сохраняются преморбидные характерологические и личностные свойства, профессиональные знания и навыки. Непсихотическая его форма (циклотимия) в клиническом отношении представляет собой редуцированный (ослабленный, амбулаторный) вариант заболевания.

Маниакальные эпизоды обычно начинаются внезапно и длятся от двух недель до 4—5 месяцев (средняя продолжительность эпизода около 4 месяцев). Депрессии имеют тенденцию к более продолжительному течению (средняя продолжительность около 6 месяцев), хотя редко более года (исключая больных пожилого возраста). И те и другие эпизоды часто следуют за стрессовыми ситуациями или психическими травмами, хотя их наличие не является обязательным для постановки диагноза. Первый эпизод может возникнуть в любом возрасте. Частота эпизодов и характер ремиссий и обострений весьма разнообразны, но ремиссии имеют тенденцию к укорачиванию с возрастом, а депрессии становятся более частыми и продолжительными после среднего возраста.

Хотя прежняя концепция маниакально-депрессивного психоза включала и больных, которые страдали только от депрессии, теперь термин «МДП» используется в основном как синоним биполярного расстройства.

Биполярное аффективное расстройство часто дифференцируют с шизоаффективным расстройством. *Шизоаффективное расстройство* является преходящим эндогенным функциональным расстройством, которое практически не сопровождается дефектом и в котором аффективные нарушения протекают дольше, чем продуктивные симптомы шизофрении, которые не характерны для биполярного аффективного расстройства.

Депрессивный эпизод. Депрессивные расстройства характеризуются «депрессивной триадой»: пониженным настроением (депрессией), интеллектуально-вербальной и моторной заторможенностью, иногда достигающей степени ступорозного состояния. Наблюдаются также депрессивная окрашенность ощущений и восприятий, бредовые идеи самообвинения и самоуничижения, витальная тоска, тревога, психическая анестезия. У пациентов отмечаются печальная мимика, снижение целенаправленной деятельности, ослабление влечений, отказ от лечения и пищи, ослабление активности внимания. Кроме жалоб сенестопатического, алгического и вегетативного характера, для депрессивной фазы типична соматическая триада Протопопова — тахикардия, мидриаз (стойкое расширение зрачков), запор, а также умеренное повышение артериального давления, сухость слизистых оболочек и кожи, уменьшение массы тела, анорексия, дисменорея, отсутствие слез. Депрессивный эпизод может исчерпываться легкой или умеренно выраженной степенью психических нарушений, но может, постепенно углубляясь, достигать уровня психоза (тяжелого депрессивного эпизода).

Как уже говорилось, в МКБ-10 к депрессивным эпизодам (имеющим однократный характер) относятся расстройства различной этиологии (как эндогенные, так и психогенные депрессии). Необходимо отметить, что эндогенные депрессии (при которых наследственные факторы являются ведущими) могут исчерпываться единственным эпизодом в течение жизни, тогда как психогенные депрессии (в том числе и тяжелые — реактивные психозы) при неблагоприятных условиях могут иметь рекуррентное и затяжное течение. В то же время существуют определенные отличия в клинической картине тяжелых депрессивных эпизодов эндогенной и психогенной этиологии. Так, при психогенных расстройствах депрессивные переживания связаны с психотравмирующей ситуацией и непосредственно из нее вытекают. Для психогенных расстройств более характерна неполная депрессивная триада. Идеаторная и моторная заторможенность клинически выражена лишь при расстройствах психотического уровня, а в аффективных нарушениях преобладает тревожный компонент. Тогда как при эндогенных депрессиях больше представлены тоскливые переживания с витализацией аффекта и суицидальными тенденциями. При психогенных расстройствах, в отличие от эндогенных депрессий, как правило, отсутствуют суточные колебания настроения. Течение, глубина и длительность психогенных расстройств полностью зависят от изменений внешней ситуации — особенно наглядно это видно в практике судебной психиатрии. Так, прекращение уголовного дела в отношении лица с тяхселым психогенным расстройством или амнистия в отношении осужденного ведут к быстрой редукции психопатологической симптоматики.

Необходимо отметить различную значимость для практики судебной психиатрии эндогенных и психогенных депрессий. При эндогенных

депрессиях чаще совершаются суициды, в том числе расширенные — когда больной сначала убивает членов семьи, а потом кончает жизнь самоубийством, что может послужить поводом для возбуждения уголовного дела и назначения посмертной судебно-психиатрической экспертизы. Тогда как тяжелые психогенные расстройства обычно развиваютсяу обвиняемых уже после совершения правонарушения, в период производства по делу либо у лиц, уже осужденных, в связи с резким изменением жизненного стереотипа, сенсорной депривацией, жестким ограничительньи режимом и прочими психотравмирующими факторами. Все это, в рамках уголовного процесса, определяет и различные правовые последствия диагностики и судебно-психиатрической оценки указанных расстройств.

Следует обратить внимание, что диагностические критерии, приводимые в руководствах и классификациях в отношении тяже Следует обратить внимание, что диагностические критерии, приводимые в руководствах и классификациях в отношении тяжелых депрессий, более характерны для аффективных нарушений эндогенного круга. И в целом тяжелые психогенные расстройства (реактивные психозы) в силу разнообразия клинических проявлений (хотя несмотря на различные яркие внешние клинические проявления в их основе всегда лежат аффективные нарушения) оказались в разных диагностических разделах МКБ-10. Так, психогенные параноиды относятся к разделу F2; психогенные депрессии — к разделу F3; острые реакции на стресс и истерокон- версионные расстройства — к разделу F4.

Итак, при легком, непсихотическом уровне появляются сомато- вегетативные расстройства и нарушения самочувствия — ухудшение сна с ранними и ночными пробуждениями, снижение аппетита, общая вялость, задержка стула. Эти признаки сочетаются с «поворотом к пессимизму» [Десятников, Сорокина, 1981] в виде гипогедонии, неясности перспективы, снижения творческой активности с сохранением способности к выполнению привычных действий, что имеет характерные суточные колебания (максимально выраженные утром). В дальнейшем наступает заметное снижение настроения, появляются чувство вины и собственной неполноценности, тягостные ощущения в загрудинной области — давление, сжатие, тяжесть, «камень на душе»; реже — тоска, чувство необъяснимой тревоги, смутного беспокойства, неуверенность, нерешительность, склонность к сомнениям, мучительный самоанализ, мысли о бесцельности и бессмысленности жизни. У больных с психотическим уровнем нарушений исчезает критическое отношение к болезненным переживаниям, нарастает глубина депрессивного аффекта с ощущением «тоски» в загрудинной области, которое может достигать степени мучительной физической боли. Им кажется, что время течет медленно или как бы останавливается; исчезает вкус, часты неприятные ощущения, исходящие из внутренних органов.

Пациенты вспоминают «неблаговидные» поступки, незначительные обиды, нанесенные окружающим, на основании чего высказывают с бредовой непоколебимостью самообвинения в аморальности, нечистоплотности, преступности. Сочувственное отношение родственников и медицинского персонала они расценивают как следствие ошибки, заблуждения; характерны просьбы изменить это отношение на резко отрицательное.

Мышление у больных обычно замедленно, ассоциации скудны, речь монотонна, бедна, с паузами, тихая. Инстинктивная сфера угнетена, сужен объем целенаправленной деятельности, двигательная заторможенность сопровождается ощущением скованности. Возможно развитие депрессивного ступора. На глубоких психотических стадиях депрессии могут отмечаться отдельные обманы восприятий в форме слуховых иллюзий и бредовые идеи отношения. Выход из депрессии медленный, с постепенным затуханием суточных колебаний настроения. В этот период возможно появление критического отношения к своему заболеванию; становятся заметными личностные реакции на заболевание, что требует психотерапевтической коррекции.

Большинство клиницистов относят суицидальные явления к типичным симптомам депрессии, по которым можно оценивать глубину и выраженность депрессивного состояния. Однако суицидальные явления могут встречаться и у психически здоровых лиц. Данные А. Г. Амбрумовой, В. А. Тихоненко (1980) показывают, что суицидальные явления в рамках депрессивного эпизода представляют собой в основном результат личностной переработки изменений, вносимых заболеванием во внутренний мир человека и социально-психологический статус, а также отдельных симптомов депрессии и ситуационных факторов.

Согласно МКБ-10 при всех приводимых ниже вариантах депрессивного эпизода (легком, умеренном и тяжелом) больной страдает от сниженного настроения, утраты интересов и удовольствия, снижения энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. К другим симптомам относятся: а) сниженная способность к сосредоточению и вниманию; б) сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; в) идеи виновности и уничижения (даже при легком типе эпизода); г) мрачное и пессимистическое видение будущего; д) идеи или действия, направленные на само- повреждение или суицид; е) нарушенный сон; ж) сниженный аппетит.

В некоторых случаях тревога, отчаяние и двигательная ажитация временами могут быть более выраженными, чем депрессия, а изменения настроения также маскироваться дополнительными симптомами: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерическим поведением,

обострением предшествующих фобических или навязчивых симптомов, ипохондрическими идеями.

Кроме того, присутствуют соматические симптомы: утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляет удовольствие; утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме приятны; пробуждение по утрам на 2 или более часа раньше, чем в обычное время; депрессия тяжелее в утренние часы; объективные данные о четкой психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченной посторонним человеком); четкое снижение аппетита; потеря в весе (считается, что на это указывает 5%-ная потеря в весе в течение последнего месяца); выраженное снижение либидо.

Для депрессивных эпизодов всех трех степеней тяжести длительность эпизода должна быть не менее 2 недель, но диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро.

Депрессивный эпизод легкой степени характеризуется сниженным настроением, утратой интересов и способности получать удовольствие, повышенной утомляемостью, что обычно считается наиболее типичными симптомами депрессий. Для достоверного диагноза необходимо наличие по крайней мере двух из этих трех симптомов, плюс хотя бы еще два из других симптомов, описанных выше. Ни один из указанных симптомов не должен достигать глубокой степени, а минимальная продолжительность всего эпизода составляет примерно 2 недели. Человек с легким депрессивным эпизодом, как правило, обеспокоен этими симптомами, затрудняется выполнять обычную работу и быть социально активным, однако вряд ли прекращает полностью функционировать.

Депрессивный эпизод средней степени характеризуется по крайней мере двумя из трех наиболее типичных симптомов для легкой степени депрессии (F32.0) плюс необходимо наличие по меньшей мере трех или четырех других симптомов. Несколько симптомов могут быть выраженной степени, но это необязательно, если имеется много симптомов. Минимальная длительность всего эпизода — около двух недель. Больной с депрессивным эпизодом средней степени испытывает значительные трудности в выполнении социальных обязанностей, домашних дел, для него затруднительно продолжать работать.

*Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов*характеризуется значительным беспокойством и ажитированностью больного, но может отмечаться и выраженная заторможенность. Могут быть выраженными потеря самоуважения или чувство никчемности или вины. Суициды опасны в особенно тяжелых случаях. Предполагается, что

соматический синдром почти всегда присутствует при тяжелом депрессивном эпизоде. Имеют место все три из наиболее типичных симптомов, характерных для легкой и умеренной степени депрессивного эпизода, плюс четыре и более других симптомов, часть из которых должны быть тяжелой степени. Однако если присутствуют такие симптомы, как ажитация или заторможенность, вполне вероятно, что больной не захочет или не сможет детально описать многие другие симптомы. В этих случаях квалификация такого состояния, как тяжелый эпизод, может быть оправдана. Депрессивный эпизод должен длиться по меньшей мере 2 недели. Если же симптомы особенно тяжелые и начало очень острое, то оправдан диагноз тяжелой депрессии и при наличии эпизода продолжительностью менее чем 2 недели. Маловероятно, что больной способен продолжать социальную и домашнюю деятельность во время тяжелого эпизода, выполнять свою работу. Такая деятельность может осуществляться очень ограниченно.

*Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами*характеризуется дополнительно наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Бред обычно следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации — это, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера «голоса», а запахи — гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиться в ступор. Депрессивный ступор необходимо дифференцировать от кататонической шизофрении (F20.2), диссоциативного ступора (F44.2) и органических форм ступора.

Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется повторными эпизодами депрессий — депрессивными эпизодами легкой, средней или тяжелой степени. Однако эту категорию можно использовать, если есть данные о коротких эпизодах легкого приподнятого настроения и гиперактивности, которые отвечают критериям гипомании и следуют непосредственно за депрессивным эпизодом. Возраст появления, тяжесть, длительность и частота эпизодов депрессии очень разнообразны. Отдельные эпизоды любой тяжести в большинстве случаев провоцируются стрессовой ситуацией и отмечаются в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин.

Ниже приводятся два клинических наблюдения: в отношении обвиняемого с тяжелым депрессивным эпизодом, развившимся в период производства по уголовному делу, и посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лица с тяжелым депрессивным эпизодом по факту расширенного самоубийства.

Подэкспертный А., 40 лет, обвиняется в осуществлении развратных и насильственных действий сексуального характера в отношении своей младшей дочери (11 лет). Подэкспертный имеет среднее образование, женат, от брака имеет трех дочерей. Родился вторым из двух детей в семье рабочих.

Раннее развитие без особенностей, перенес детские инфекции без осложнений. Окончил 8 классов и профессиональное училище по специальности столяр-краснодеревщик. По характеру был впечатлительным, обидчивым, склонен к браваде, рассказам окружающим выдуманных историй. Друзей, с которыми часто общался, было немного. Отслужил срочную службу в армии. В период службы грузовик, на котором ехал подэкспертный, перевернулся, и на его глазах погиб близкий друг. Это событие произвело на А. сильное впечатление, длительное время ощущал подавленность, друг часто снился ему; он стал более раздражительным, впечатлительным. Вскоре после демобилизации женился. Отношения с женой складывались неровно, бывали конфликты, ссоры. Работал по специальности, однако несколько раз менял места работы, так как считал, что ему мало платят и недооценивают его профессиональные навыки.

По данным следствия, А. в течение двух лет систематически совершал насильственные действия сексуального характера в отношении своей дочери. В ходе следствия свою вину отрицал. Будучи заключенным под стражу, в СИЗО предъявлял многочисленные соматические жалобы, требовал врача, прокурора. Отмечалось психомоторное возбуждение, стучал кулаками в дверь камеры, наносил себе самопорезы в области живота. Затем стал вялым, заторможенным, перестал за собой следить, не отвечал на вопросы, не мог подняться с койки. Был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

Соматоневрологическое состояние. Рост 180 см, вес 60 кг, АД = 140/90 мм рт. ст. На коже в области живота следы от самопорезов. При ЭЭГ-исследовании отмечаются легкие изменения биоэлектрической активности мозга. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Терапевтом диагностирована «вегето- сосудистая дистония».

Психическое состояние. Подэкспертный ориентирован формально правильно. Ходит сгорбившись, походка шаркающая. На лице выражение скорби, периодически на глазах появляются слезы. Продуктивному контакту малодоступен, заторможен, речь тихая, монотонная, невнятная. Анамнестические сведения сообщает с трудом. При расспросах интенсивно предъявляет соматические жалобы в основном на нарушение сердечной деятельности (тяжесть в груди, сердцебиение, перебои в работе сердца). Кроме того, жалуется на нарушения засыпания, раннее пробуждение, неприятные сновидения, тяжесть в груди, головокружения, ощущение кома в горле. Отмечается быстрая психическая истощаемость. В беседах сообщил, что ранее неоднократно наносил самопорезы на животе. При расспросах об инкриминируемом ему деянии на глазах появляются слезы, заикается, говорит, что «произошла ошибка». В отделении находится в пределах постели. Аппетит резко снижен. От лекарственных назначений отказывается.

При экспериментально-психологическом обследовании на первый план выступает дистанцированность и формальность позиции, малопродуктивность деятельности, избирательность в выполнении методик, трудности в следовании инструкциям, низкое качество работы в целом. Отмечаются невыразительность эмоциональных реакций, низкая их мотивированность, погруженность во внутренние переживания с фиксированностью на инкриминируемом деянии. Память снижена.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что А. обнаруживает признаки истерического расстройства личности (F60.4). Однако указанное расстройство не мешало ему в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В период времени, относящийся к инкриминируемому ему деянию, А. не обнаруживал признаков какого-либо временного болезненного расстройства и мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. После привлечения к уголовной ответственности у А. развилось временное болезненное расстройство психической деятельности в форме «депрессивного эпизода тяжелой степени без психотических симптомов». В настоящее время А. не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими и нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа до выхода из указанного состояния с последующим направлением в распоряжение судебноследственных органов.

Подэкспертная П., на момент смерти возраст 33 года. Экспертиза проводилась по факту убийства П. двух своих малолетних детей и последующего самоубийства. Сведения о наследственной отягощенное™ психическими заболеваниями отсутствует. Раннее развитие протекало без особенностей. Перенесла детские инфекции без осложнений. Вышла замуж в возрасте 24 лет. От брака имела двоих детей — девочку 7 лет и мальчика 5 лет. П. работала диспетчером, а затем находилась дома и занималась воспитанием детей. По показаниям соседей П. была хорошей женщиной, по характеру волевой, настойчивой, жили они с мужем в достатке, ни в чем себе не отказывали. Никаких психических отклонений у П. соседи не замечали. С мужем отношения были нормальные, но иногда возникали ссоры, поскольку он употреблял спиртные напитки. Последние три года она не работала, так как считала, что ее должен содержать муж. К своим детям П. относилась хорошо, заботилась о них. По показаниям мужа П. брак у них был счастливым, были общие интересы, привязанности, жена была очень сильная, волевая женщина, к жизни относилась всегда с оптимизмом. По его показаниям, примерно за 4 месяца до случившегося она говорила, что нужно устроиться на работу, а то все дорожает, однажды примерно за 1,5 месяца до того она сказала мужу, что он человек мягкий и бесхарактерный и если с ней что-то случится, то она не представляет, как он будет ухаживать за детьми. Муж отмечает, что примерно за 2 недели до случившегося П. часто плакала,

говорила, что у нее появился страх за детей, за мужа, за себя. Якобы она не знает, как жить дальше, так как не хватает денег и грядет повышение цен, стала часто молиться, чтобы в семье все было хорошо. Перестала спать по ночам, будила мужа, говорила, что все время думает и молится, что ей страшно жить и что она так жить не будет. Муж П. полагает, что постепенно в ее душе накапливались негативные моменты из жизни, неприятности. Одна из этих неприятностей имела отношение к ее отцу, который женился против их воли, и П. переживала, а также ее беспокоило всеобщее подорожание. По характеру она была склонна все копить в себе, и плохое накопилось до критического предела и вылилось в такие действия. Никаких психических отклонений он у нее никогда не замечал. По показаниям соседки по квартире П. просила устроить ее на работу, говорила, что нет денег, что она не знает, как дальше жить, что нужно куда-то устроить детей, что ее жизнь напоминает ей «состояние между жизнью и смертью».

Как видно из материалов уголовного дела, П. в своей комнате задушила двух своих малолетних детей, а затем покончила жизнь самоубийством. По показаниям соседки, она постучала к ней в комнату, но дверь никто не открыл. Соседка слышала в ее комнате какой-то приглушенный звук, затем шаги на кухне, звук открываемого окна, вскоре позвонила по телефону соседка из другой квартиры и сказала, что П. выбросилась из окна. После случившегося П. была доставлена в больницу с диагнозом: «Тяжелая сочетанная травма, закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, множественные переломы ребер слева, закрытый перелом левой плечевой кости, переломы костей таза, закрытый перелом левого бедра, открытый перелом левой голени, закрытая травма живота, травматический шок третьей-четвертой степени». Указывалось, что смерть П. наступила от травматического шока в результате тупой травмы груди и живота. По показаниям мужа П. жена в день самоубийства написала и отдала ему письмо, адресованное ее отцу, просила его отправить это письмо. Никаких странностей в поведении жены в этот день он не заметил. В письме отцу П. писала, что стало тяжело жить, что нет денег, что она загубила себя и своих детей, просила ее простить и прощалась с отцом. В предсмертной записке мужу П. просила простить ее, писала о том, что во всем виновата она одна, проклинала Ельцина и демократов, так как они ее «довели»[1]. По заключению судебно-медицинской экспер- [1] События происходили в 1992 г.

тизы смерть обоих детей П. — девочки 7 лет и мальчика 5 лет — наступила от механической асфиксии, развившейся в результате закрытия отверстий носа и рта мягким предметом — подушкой.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что у П. во время совершения расширенного суицида обнаруживались клинические признаки депрессивного психоза (тяжелого депрессивного эпизода) неясной этиологии. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о том, что П.

примерно за две недели до случившегося была подавлена, тревожна, много плакала, молилась по ночам, у нее нарушился сон, появился страх за свою дальнейшую жизнь, выраженное снижение настроения, беспокойство за судьбу детей, фиксированность на отрицательно эмоционально окрашенных переживаниях с суицидальными мыслями. Во время совершения агрессивных действий и суицидального поступка указанные болезненные проявления у П. были выражены столь значительно, что лишали ее возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По заключению психолога в период, непосредственно предшествовавший совершению суицида, у П. отмечались выраженное снижение настроения — подавленность, угнетенность, тревожность, обеспокоенность, страх, фиксированность на отрицательно окрашенных эмоциональных переживаниях, ощущение бесперспективности дальнейшей жизни, идеи самообвинения, самоуничижения, стойкие суицидальные мысли.

Данное наблюдение — достаточно типичный пример посмертной СПЭ по уголовным делам. Его особенностью является полное отсутствие прижизненной медицинской психиатрической документации — подэкспертная никогда не наблюдалась и не осматривалась психиатром. Однако свидетельские показания и предсмертная письменная продукция позволяют реконструировать клиническую картину с достаточной полнотой. У личности со своеобразным складом (по-видимому, на уровне акцентуации — личностной дисгармонии субклинического характера) возникает невротическая симптоматика, не свойственная ей ранее, в виде депрессивных нарушений, которые постепенно нарастают до психотического уровня. Появляются идеи самообвинения, ипохондрические переживания («нет здоровья»), суицидальные высказывания. Убийство детей связано с болезненными «альтруистическими» мотивами («чтобы не мучились»).

Устойчивые (*хронические*) *расстройства настроения.* Расстройства, входящие в эту категорию, носят хронический и обычно флуктуирующий характер. Отдельные эпизоды недостаточно глубоки, чтобы можно было определить их в качестве гипомании или легкой депрессии. Поскольку они длятся годами, а иногда в течение всей жизни больного, то причиняют беспокойство и могут привести к нарушению продуктивности.

Циклотимия. Состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости. Часто с детства или подросткового периода отмечаются колебания настроения сезонного типа. Однако этот диагноз считается адекватным лишь в постпубертате, когда нестабильное настроение с периодами субдепрессий и гипоманий длится не менее 2 лет. Обычно отчетливая нестабильность в молодом возрасте принимает хроническое течение, хотя временами настроение может быть нормальным и стабильным много месяцев подряд.

Изменения настроения обычно воспринимаются человеком как не связанные с жизненными событиями. Поставить диагноз нелегко, если пациент не наблюдается достаточно долго или нет хорошего описания поведения в прошлом. В связи с тем, что изменения в настроении относительно легкие, а периоды приподнятости доставляют удовольствие, циклотимия редко попадает в поле зрения врачей. Иногда это связано с тем, что изменения настроения, хотя и присутствуют, менее отчетливы, чем циклические изменения в активности, в чувстве уверенности в себе, социабельности или в изменении аппетита. Если необходимо, можно обозначить, когда было начало: раннее (в подростковом возрасте или до 30 лет) или позднее.

При снижении настроения важным симптомом является ангедо- ния по отношению к ранее приятным видам деятельности (еда, секс, путешествия и пр.). Снижение активности особенно заметно, если оно последовало после повышенного настроения. Тем не менее суицидальных мыслей нет. Эпизод может восприниматься как период безделья, экзистенциальной пустоты, а при большой длительности оценивается как характерологическая черта.

Противоположное состояние может возникать спонтанно, стимулироваться внешними событиями и быть также привязанным к сезону. В приподнятом настроении повышаются энергия и активность, снижается потребность во сне. Творческое мышление ускоряется или обостряется, это приводит к повышению самооценки. Пациент старается продемонстрировать ум, остроумие, сарказм, скорость ассоциаций. Если профессия пациента совпадает с самодемонстрацией, то его результаты оцениваются как «блестящие». Увеличивается сексуальная активность, повышается интерес к другим видам инстинктивной деятельности (еде, путешествиям, возникает сверхвовлеченность в интересы собственных детей, родственников), будущее воспринимается оптимистично.

Основной чертой циклотимии при постановке диагноза является постоянная, хроническая нестабильность настроения с многочисленными периодами легкой депрессии и легкой приподнятости, ни один из которых не был достаточно выраженным или продолжительным, чтобы отвечать критериям иных диагностических рубрик данного раздела.

Дистимия. Это хроническое депрессивное настроение, которое не отвечает описанию рекуррентного депрессивного расстройства легкой или умеренной тяжести ни по тяжести, ни по длительности отдельных эпизодов (хотя в прошлом могли быть отдельные эпизоды, отвечающие критериям легкого депрессивного эпизода, особенно в начале расстройства). Баланс между отдельными эпизодами легкой депрессии и периодами относительно нормального состояния очень вариабелен. Под влиянием незначительных стрессов в постпубертате в течение не менее чем двух лет у них возникают периоды постоянного или периодического депрессивного настроения. У

субъектов бывают периоды (дни или недели), которые они сами расценивают как хорошие. Но большую часть времени (часто месяцами) они чувствуют усталость и сниженное настроение. Они плаксивы, задумчивы и не слишком общительны, пессимистичны. Промежуточные периоды нормального настроения редко длятся дольше нескольких недель, все настроение личности окрашено субдепрессией. Однако уровень депрессии ниже, чем при легком рекуррентном расстройстве.

В период углубления расстройства все трудно и ничто не доставляет им удовольствие. Они склонны к мрачным размышлениям и жалуются, что плохо спят и чувствуют себя дискомфортно, но в целом справляются с основными требованиями повседневной жизни. Поэтому дис- тимия имеет много общего с концепцией депрессивного невроза или невротической депрессии.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Следует отметить, что тяжелые аффективные нарушения (тяжелые маниакальные и депрессивные эпизоды) являются преходящими и нередко наблюдаются у пациентов один раз в течение жизни. При биполярных расстройствах, характеризующихся сменяющимися маниакальными и депрессивными эпизодами, и при реккурентном депрессивном расстройстве эти эпизоды в течение жизни больных наблюдаются многократно. Вместе с тем даже при тяжелом течении биполярного или рекуррентного расстройства аффективные фазы разделены состояниями практически полного выздоровления — интермиссиями, когда полностью восстанавливается способность пациента к осознанной произвольной регуляции своего поведения. При тяжелых депрессивных эпизодах больные нередко совершают суицидальные действия, принимающие иногда характер расширенных самоубийств. В отдельных случаях наблюдаются самооговоры больных, когда в связи с наличием у них бредовых идей самообвинения они заявляют о якобы совершенных ими общественно опасных деяниях.

При маниакальном состоянии с психомоторной расторможенно- стью, гиперактивностью, при наличии в структуре мании элементов раздражительности, гневливости больные могут быть агрессивными, совершать разрушительные действия, наносить телесные повреждения. В связи с повышенной сексуальной расторможенностью больные в маниакальном состоянии нередко совершают сексуальные правонарушения. Социальную опасность таких больных может повышать их склонность к алкоголизации. В некоторых случаях маниакальные больные выступают в качестве потерпевших, поскольку их болезненное состояние может использоваться для совершения мошеннических действий, провоцировать совершение в отношении них сексуальных правонарушений.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, совершивших опасные деяния в состоянии развернутой мании или тяжелого депрессивного эпизода (даже без наличия психотических симптомов периода болезненного приступа), не вызывает трудностей. Аффективная сфера непосредственным образом связана с когнитивным и волевым звеньями регуляции поведения, и болезненные нарушения в аффективной сфере влекут за собой неспособность лица к осознанной волевой регуляции своего поведения. Такие субъекты в отношении инкриминируемых им деяний признаются невменяемыми, и к ним применяются те или иные меры медицинского характера. Если преступление совершено в меж- приступный период, в интермиссии, то они признаются вменяемыми. При коротких светлых промежутках между аффективными эпизодами больных следует рассматривать как лиц, страдающих хроническим психическим заболеванием с частыми обострениями болезненного состояния, и поэтому их следует признавать невменяемыми и применять к ним меры медицинского характера.

Некоторую сложность может представлять судебно-психиатрическая оценка подэкспертных с гипоманиакальными состояниями и умеренно выраженными депрессивными эпизодами. Указанные аффективные нарушения не нарушают в полной мере способность лица к осознанной произвольной регуляции своего поведения, но все же могут ограничивать возможность осознания общественной опасности и контроля своих действий, поэтому их судебно-психиатрическая оценка может определяться с учетом ст. 22 УК.

В случаях когда тяжелое аффективное расстройство развилось после совершения преступления, но до вынесения приговора, то оно нарушает процессуальную дееспособность обвиняемого и лицо направляется на судебно-психиатрическую экспертизу, которая констатирует временное болезненное расстройство психической деятельности и рекомендует ему принудительное лечение в психиатрическом стационаре до излечения указанного болезненного состояния. Наибольшее юридическое значение имеют подострые реактивные (психогенные) психозы (тяжелые депрессивные эпизоды) как временные болезненные расстройства психической деятельности, лишающие на определенное время лицо способности понимать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, т.е. лишающие его процессуальной дееспособности. Данные лица на время болезни могут быть направлены судом на принудительное лечение согласно

ч. 1 ст. 81 и п. «б» ч. 1 ст. 97 УК. В редких случаях, при некоторых вариантах затяжных реактивных психозов, больные подлежат направлению на принудительное лечение с освобождением от наказания согласно ч. 1 ст. 81 УК.

Реактивные (психогенные) психозы могут протекать не только с преимущественно депрессивными проявлениями. Помимо психогенных депрессий встречаются и другие клинические варианты подострых реактивных психозов: психогенные параноиды и галлюцинозы; синдром бредоподобных фантазий; психогенные псевдодеменция, пуэ- рилизм, синдром регресса психики (одичания); психогенный ступор. В этих случаях диагностика осуществляется в соответствии с другими рубриками МКБ-10. Например, психогенные параноиды — в соответствии с разделом F2, а синдром бредоподобных фантазий, психогенные псевдодеменция, пуэрилизм, синдром регресса психики (одичания), психогенный ступор — F4 (F44 — диссоциативные/конверсионные расстройства).

Менее тяжелые аффективные расстройства, не лишающие обвиняемого способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, не влекут правовых последствий, и данные лица получают психиатрическую помощь по месту их пребывания — в медсанчасти СИЗО, а затем в уголовно-исполнительной системе по месту отбывания наказания.

В случаях когда тяжелые аффективные расстройства развиваются у осужденного, это не влечет за собой освобождения от наказания. Данные лица помещаются в психиатрические стационары УИС, где получают необходимое лечение и после купирования расстройств возвращаются к месту отбывания наказания.

Отдельный вопрос — об оценке аффективных расстройств у потерпевших. Во-первых, жертвы преступлений могут страдать психическими расстройствами, в том числе аффективного спектра, что существенно ограничивает или даже лишает их способности оказывать сопротивление и определяет их беспомощное состояние. Во-вторых, у потерпевших нередко после совершения в отношении них противоправных деяний развиваются психогенные расстройства, которые могут лишать их способности давать показания, нарушать их уголовно-процессуальную дееспособность и квалифицироваться как телесные повреждения (все указанные вопросы решаются в рамках соответствующих экспертных исследований, последний — в рамках комплексной судебно-психиатрической и судебно-медицинской экспертизы).

В рамках гражданского судопроизводства также может возникать необходимость решения вопроса о психическом состоянии больных с аффективными расстройствами. Так, больные, находясь в состоянии мании, в связи с обусловленной болезнью расторможенностью, повышенной самооценкой, патологической активностью и псевдопредприимчивостью могут совершать различные имущественные сделки, производить обмен жилплощади, заключать брак. Если подобные гражданские акты совершены во время болезненного аффективного приступа, то выносится экспертное

заключение о неспособности гражданина в период совершения сделки понимать значение своих действий и руководить ими и гражданские акты или сделки признаются недействительными.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Каковы этиология, основные клинические проявления и формы аффективных расстройств настроения?
- 2. Укажите клинические признаки маниакальных аффективных расстройств настроения.
- 3. Перечислите клинические проявления депрессивных аффективных расстройств настроения.
- 4. Каковы особенности клинических проявлений биполярных и рекуррентных аффективных расстройств настроения?
- 5. В чем заключается специфика судебно-психиатрической оценки аффективных расстройств настроения?
- 6. Каковы клинические особенности психогенных аффективных расстройств настроения у обвиняемых (подозреваемых) и осужденных? Укажите их правовые последствия.

Литература

Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. М., 1980.

Березанцев А. Ю. Реактивные психозы в судебно-психиатрической практике: клинико-психопатологические и психосоматические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 4. С. 14—21.

Десятников В. Ф., Сорокина Т. Т. Скрытая депрессия в практике врачей. Минск : Вышейшая школа, 1981.

Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.

Морозов Г. В., Шумский Н. Г. Введение в клиническую психиатрию. Н. Новгород : Изд-во НМГА, 1998.

Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

Фелинская Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М. : Медицина, 1968.

Фелинская Н. И. Современное учение о реактивных состояниях и узловые вопросы этой проблемы : критический обзор // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1980. № 11. С. 1717—1729.

Шостакович Б. В., Свириновский Я. Е. К теории патоморфоза психических заболеваний // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985. С. 3—14.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен:

знать

- • основные клинические проявления невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств;
- • судебно-психиатрическое значение невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств;

уметь

- • определять основные клинические проявления невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств;
- • выделять этиологию, патогенез и закономерности течения невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств;
- • устанавливать юридически значимые клинические проявления невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной (хотя и не точно установленной) части этих расстройств с психологическими причинами. Понятие невроза было сохранено в МКБ-10 не в качестве основополагающего принципа, а в целях облегчения идентификации тех расстройств, которые некоторые специалисты могут по-прежнему считать невротическими в собственном понимании этого термина (т.е. исключительно психологической этиологии). Таким образом, можно выделить отличия расстройств этой нозологической группы от аффективных расстройств настроения (F3). Во-первых, сам термин «невротический» подразумевает отнесение данных расстройств к категории пограничной (т.е. непсихотической) патологии, и в отличие от раздела F3 в

ней нет подразделения расстройств на «легкие», умеренные» и «тяжелые». Однако это не совсем так. Например, классифицируемые в данном разделе диссоциативные (конверсионные) расстройства в своих развернутых вариантах носят психотический характер (по сути, это истерические психозы, хотя таковыми они сейчас терминологически не обозначаются); острые шоковые реакции представляют собой скоротечные психотические состояния, сопровождающиеся помрачением сознания (юридически значимый вариант острой шоковой реакции — патологический аффект описан в главе, посвященной так называемым «исключительным состояниям»). Тяжело протекающие посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) также могут включать психотические эпизоды, о чем будет сказано ниже. Но тем не менее само название раздела соотносит эти расстройства с пограничным уровнем психической патологии.

Этиология и патогенез этой группы расстройств, согласно сложившимся представлениям, связаны преимущественно с психологическими причинами и внешними социально-стрессовыми факторами. Психотравмирующие ситуации — семейные или личные невзгоды, потеря близких, крах жизненных перспектив, потеря работы, предстоящее наказание за правонарушение, угроза жизни, здоровью или благополучию. Раздражитель может быть однократный сверхсильный, при этом речь идет об острой психической травме, или многократно действующий слабый раздражитель — в этом случае говорят о хронической психической травме или психотравмирующей ситуации. Значимость информации именно для данного индивидуума определяет степень ее патогенности.

И хотя считается, что психогенные факторы играют ведущую роль в генезе данных расстройств, не менее важны и конституциональные особенности индивида и внешние влияния, ослабляющие его личностные и биологические ресурсы. Ослабляющие нервную систему заболевания — последствия черепно-мозговых травм, инфекции, интоксикаций, заболевания внутренних органов и желез внутренней секреции, а также длительное недосыпание, переутомление, нарушение питания и длительное эмоциональное напряжение — все эти факторы предрасполагают к возникновению психогенных заболеваний.

Теории этиологии и патогенеза неврозов зависят от интерпретации полученных данных той или иной клинической школой. Существуют физиологические, бихевиористские, эволюционные, психоаналитические, информационные и психологические трактовки.

- • Физиологические объяснения невроза в русле школы И. П. Павлова трактуют его как результат столкновения противоречивых стимулов, которые создают ситуацию неопределенности рефлекторного ответа.

- • Бихевиористические объяснения предполагают трактовку невроза как закрепление цепи новых патологических рефлекторных ответов в результате неправильного научения к реагированию.
- • Эволюционные теории связывают сходные состояния у животных и человека на основании врожденной предрасположенности нервной системы реагировать строго определенным образом на ограниченный набор стимулов. Возникновение новых стимулов приводит к ситуации неопределенности, а невроз является особой формой адаптации.
- • Психоаналитические и психологические школы склонны объяснять невроз фиксацией на конкретном механизме психологической защиты, который срабатывает в зависимости от опыта раннего детства, сформировавшегося на стадиях психосексуальности. Символика невроза есть символика скрытых бессознательных желаний.
- • Информационные теории связывают невроз с избытком или недостатком информации, а также с ее искажением.
- • Согласно биохимическим исследованиям невротизация — это результат избытка или парциального дефицита нейромедиаторов или гормонов, уровень которых определяется генетической нормой реакций, т.е. пределами, допустимыми для данного индивида в связи с острым или хроническим стрессом. Отсюда — существуют неврозы, связанные с истощением (неврастения) и периодом гиперстимуляции (тревожно-фобические расстройства).
- • Нейрофизиологические исследования показали, что при невротических расстройствах может быть обнаружена органическая основа, которая проявляется особыми пароксизмами (например, паническими атаками с аффектами тревоги, страха).
- • Экзистенциально ориентированные авторы трактуют невроз как утрату плана и смысла существования, которая приводит к состоянию заброшенности и переживанию бегства от свободы выбора.

Как уже указывалось, невротические, связанные со стрессом и сома-тоформные расстройства, как правило, носят неглубокий характер и, следовательно, в большинстве случаев не оказывают существенного влияния на способность обвиняемых (подозреваемых) к произвольной регуляции своего правового поведения (в тех случаях, когда сформировались до совершения ими противоправных деяний). В то же время сама ситуация ареста, следственной изоляции и дальнейшего отбывания наказания являются весьма травматизирующими для личности и могут служить факторами, приводящими к развитию невротической патологии (или углублению уже существующей), что имеет значение для практики пенитенциарной психиатрии, так как психические расстройства (даже пограничного уровня) затрудняют адаптацию осужденных и снижают их способность к отбыванию наказания.

В связи с незначительной юридической значимостью большинства психических расстройств данного раздела (в подавляющем большинстве случаев они не оказывают влияния на способность к осознанной произвольной регуляции поведения субъекта) представляется целесообразным не останавливаться подробно на всех диагностических рубриках раздела. Пограничные невротические расстройства с преобладанием тревожно-депрессивной и соматоформной симптоматики целесообразно рассмотреть обобщенно. Посттравматическое стрессовое расстройство будет рассмотрено более подробно в связи с тем, что тяжело протекающие его варианты могут ослаблять и даже нарушать способность обвиняемых к осознанной волевой регуляции своего поведения.

Тревожно-депрессивные и соматоформные невротические расстройства.

Психогенные расстройства довольно часто встречаются в практике судебно-психиатрической экспертизы, при этом легкие, невротические их формы долгое время оставались вне фокуса внимания исследователей, а в психиатрической литературе приоритет отдавался реактивным (психогенным) психозам. Вместе с тем актуальность изучения пограничных форм психогенных реакций в судебной психиатрии определяется не только изменением клинической картины психогенных расстройств, но и введением в современные классификации новых диагностических единиц (посттравматические стрессовые расстройства, соматоформные расстройства) (МКБ-10). Психические нарушения, которые развиваются у подследственных, в особенности при их заключении под стражу, по существу, представляют собой стрессовые расстройства, причиной развития которых является актуальная психотравмирующая судебно-следственная ситуация. В этих условиях в зависимости от мировоззренческой направленности личности психотравмирующее значение приобретают либо переживания, связанные с раскаянием в содеянном, мыслями по поводу аморальности, недопустимости совершенного противоправного деяния, чувством вины перед пострадавшими, родственниками, сослуживцами и т.п., либо опасения за свою дальнейшую судьбу, боязнь наказания, опасения по поводу «наступившего жизненного краха». Кроме того, для лиц, находящихся в судебно-следственной ситуации, типично наличие порождаемых неопределенностью переживаний, связанных с надеждой на относительно «благоприятный» исход дела, чередующихся с опасениями о «самом неблагоприятном» исходе. Подобные ситуации, когда наблюдаются многократные переходы от надежды к отчаянию, сопровождающиеся своеобразным «раскачиванием аффекта», являются чрезвычайно трав-матизирующими. Среди других важных патогенных факторов можно назвать резкое нарушение жизненного стереотипа, а также частичную депривацию привычных раздражителей (сенсорных, интеллектуальных, эмоциональных и т.д.).

Исследования клинической картины и механизмов формирования стрессовых расстройств у подследственных приобретают особую актуальность в связи с задачами первичной и вторичной профилактики подобных нарушений и необходимостью поиска новых терапевтических подходов. Надо отметить, что существует значительная специфика правового положения подследственных при прохождении ими судебнопсихиатрической экспертизы. Прежде всего сама экспертиза (в уголовном процессе) назначается судебно-следственными органами, и ее проведение не зависит от желания или согласия подэкспертных. В то же время за пациентом сохраняются права, декларированные в Законе о психиатрической помощи, согласно которому подэкспертный имеет право отказаться от предлагаемого лечения, тех или иных видов обследования. Вторым существенным аспектом является этико-деонтологи- ческая специфика взаимодействия врача и пациента в период проведения судебно-психиатрической экспертизы. Для психиатра-эксперта важно установление истины, тогда как подэкспертный далеко не всегда бывает в этом заинтересован (это же можно сказать и о родственниках подэкспертного), т.е. пациент часто преследует цели, которые не совпадают с задачами, стоящими перед экспертом. Это приводит к существенному искажению системы взаимоотношений «врач — больной» и создает большие трудности в работе. Имеется и другая причина — среди подэкспертных оказываются лица, совершившие тяжкие противоправные деяния. Однако психиатр-эксперт ни в коем случае не должен допускать, чтобы его личное отношение к правонарушению каким-либо образом отразилось на его взаимоотношениях с подэкспертным, затруднило контакт с ним и повлияло на объективность экспертного заключения. Деонтологические задачи при проведении судебно-психиатрической экспертизы состоят в основном в профилактике возникновения или углубления психогенных расстройств. Третий специфический аспект — краткосрочность пребывания пациентов в экспертном стационаре (в среднем около одного месяца), что определяется Законом о ГСЭД. Это не позволяет осуществлять последовательное, планомерное психофармакологическое и психотерапевтическое вмешательство. Диагностика и последующее терапевтическое вмешательство проводятся, по существу, методами краткосрочной «кризисной интервенции», причем проследить катамнезы (и следовательно, определить эффективность проведенного лечения) пациентов, признанных вменяемыми, представляется весьма затруднительным в силу фактического отсутствия преемственности между учреждениями здравоохранения и Минюста России.

Необходимо отметить, что любое личностно значимое событие кризисного характера преломляется в индивидуальном сознании, приводя к коренному слому привычной картины жизни, глубоким изменениям самооценки, восприятия мира и окружающих. Психическая травма приводит к разрушению «базовых иллюзий» [Ялом, 1999]. Согласно экзистенциальной психологии и психотерапии в обычной жизни у человека есть

психологические защиты, выступающие в виде трех базовых иллюзий: иллюзии собственного бессмертия, иллюзии справедливости и иллюзии простоты устройства мира. Крушение базовых иллюзий в чрезвычайной для личности ситуации переживается крайне болезненно, и весь период после травмы представляет для человека поиск новых опорных точек, способных создать основу нового мировосприятия. Успешность их поиска определяет уровень посткризисной адаптации и вероятность развития психических расстройств. Само уголовное правонарушение, а также ситуации ареста, судебно-следственных действий являются сильными социально-стрессовыми факторами, последствия которых могут выражаться в формировании широкого спектра психогенных нарушений.

Так, при углубленном обследовании пациентов судебно-психиатрического экспертного стационара среди лиц, в отношении которых было дано заключение об их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, у 84% подэкспертных были выявлены различные психогенные нарушения [Березанцев, Борисов, 2006]. Клиническая картина и глубина психогенных расстройств отличалась значительным разнообразием и варьировала от незначительных астено-невротических расстройств до острых психотических состояний. Специфика клинической картины невротических расстройств определялась тем, что в подавляющем большинстве случаев психогенные «наслоения» накладываются на уже имеющуюся психическую патологию, поэтому подобные нарушения как не имеющие юридического значения часто диагностически не фиксируются или относятся к клинической картине «основной» психической патологии.

Наиболее значимые нозологические категории (по «основному» диагнозу), с которыми сочетаются невротические расстройства у подэкспертных, составляют органические психические расстройства, расстройства личности. Лица, у которых можно констатировать только невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства без сопутствующей (коморбидной) психической патологии составили около 12%. «Основная» патология вносит определенное своеобразие в клиническую картину психогенных расстройств. Так, подэкспертные с расстройствами личности отличаются от психически здоровых лиц и пациентов с органическими психическими расстройствами по активности, разнообразию, выразительности предъявляемых ими жалоб, более выраженным снижением настроения и заторможенной моторикой, ипохондричностью и демонстративностью поведения. Лица с органическими психическими расстройствами обычно предъявляют жалобы астенического и церебрастенического характера, а в клинической картине преобладают черты ригидности, внешней невыразительности, оттенки мрачности и угрюмости. Сочетание невротических нарушений с другими неглубокими психическими расстройствами в случае применения ч. 1 ст. 22 УК («Ограниченная вменяемость») могут предопределять склонность к декомпенсациям

психического состояния в местах лишения свободы и быть дополнительным аргументом к рекомендации принудительного лечения, соединенного с исполнением наказания (ч. 2 ст. 22 УК). Ниже приведены клинические наблюдения подэкспертных, у которых невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства сочетаются с патологической «почвой», выраженность которой определяет способность подэкспертного к полной и ограниченной вменяемости.

Подэкспертный Б., 47 лет, обвиняется в убийстве. Образование среднее специальное. Ранее к уголовной ответственности не привлекался. Женат, двое детей, работал плотником. По месту жительства и по месту работы характеризуется положительно. В течение жизни неоднократно переносил черепномозговые травмы. У нарколога и психиатра ранее не наблюдался. Убийство совершил во время конфликта с предполагаемыми обидчиками сына.

Соматическое состояние. Заключение терапевта: «Постмиокардитический кардиосклероз с нарушениями ритма, политопная желудочковая экстрасистолия. Хронический гастрит вне обострения. Желчнокаменная болезнь вне обострения». *Неврологическое состояние.* Заключение невропатолога: «Нерезко выраженная неврологическая симптоматика на фоне соматической патологии (гипертоническая болезнь) и как следствие черепно-мозговых травм в анамнезе». *Психическое состояние.* Испытуемый правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Доступен продуктивному контакту. В беседе держится напряженно, говорит тихим голосом. Высказывает жалобы на общую слабость, плохое настроение, головную боль, тревогу, высказывает также соматические жалобы. Озабочен состоянием своего здоровья. Настроение подавленное. Отмечается некоторая истощаемость при выполнении тестовых заданий. Сведения о себе сообщает последовательно. Отмечается сильно выраженная озабоченность исходом судебно-следственной ситуации. На вопросы, касающиеся инкриминируемого ему деяния, отвечает после некоторой паузы, заметно нервничает. Сообщает, что пошел разбираться в квартиру к незнакомым ему ранее людям, так как у его сына до этого один из них отобрал куртку. Взяв с собой удостоверение работника милиции, которое он нашел на улице, и папку с чертежами, он решил представиться милиционером и «припугнуть» обидчика сына. Когда он пришел туда, к нему навстречу вышел Д., который стал бить его, затащил в квартиру и связал. После того как к Д. пришли знакомые Е. и З., Д. отпустил его. Придя домой, он рассказал о происшедшем своей семье, затем взял нож и решил зайти и забрать папку, которая осталась в той квартире, где его били. Он поднялся на этаж, из квартиры вышел Е., который напал на него, произошла драка. Он испугался, что Е. затащит его в квартиру и будет над ним издеваться, вытащил нож и нанес Е. удар, после чего скрылся с места преступления. Инкриминируемое ему деяние не отрицает, вину признает частично, утверждает, что защищался, и у него была

одна мысль — «вырваться живым». В беседе многоречив, обстоятелен, подробно рассказывает, как его связали, издевались, били, угрожали изнасилованием. Мышление последовательное. Бредовых идей и обманов восприятия не обнаруживает. Критические способности достаточные. В отделении малообщителен, свободное время проводит в пределах постели. С персоналом вежлив, с испытуемыми контакт формальный.

При экспериментально-психологическом исследовании обнаруживается доступность испытуемому проведения основных мыслительных операций с использованием значимых признаков объектов. Уровень обобщения невысокий с тенденцией к конкретности и обстоятельности мышления, отмечается склонность к рассуждательству конкретного характера. Объем памяти в границах нормы. Испытуемому свойственны ограниченность и избирательность социальных контактов с недоверчивым отношением к окружающим, ориентация на собственные устоявшиеся мнения и оценки, ригидность, склонность к фиксации на негативных переживаниях и на их внутренней переработке, обидчивость, неустойчивость эмоциональных проявлений во фрустрирующих ситуациях. Отмечаются ситуационно обусловленная напряженность, пониженный фон настроения.

При обследовании с помощью пакета клинических опросников и экспериментально-психологических методик, ориентированных на оценку психосоматической сферы, была выявлена высокая интенсивность соматических жалоб. Заметная часть жалоб Б. отражает диагностированную у него соматическую патологию, хотя и носит отчасти преувеличенный характер: на сердцебиение и перебои в сердце, тяжесть в груди, одышку, сердечные приступы, головокружения, боли в желудке, отрыжку, изжогу (наибольшая интенсивность жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы). Далее в наибольшей степени выражены жалобы общеастенического характера: как «сильные» указывались ощущения слабости, вялости, быстрая утомляемость, а также головные боли, чувство давления в голове, боли в суставах и конечностях, пояснице и спине. Отмечались высокий уровень личностной и ситуационной тревоги по шкале Спилбергера и умеренный уровень депрессии по шкале Бека.

Комиссия пришла к заключению, что у Б. обнаруживаются признаки невротического развития личности на органически неполноценной почве (с позиций МКБ-10 у Б. можно диагностировать два расстройства: смешанное тревожно-депрессивное расстройство [F41.20] и органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство [F06.60]). Однако болезненные изменения психики у испытуемого выражены не столь значительно, чтобы лишать его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Подэкспертный В., 29 лет. Обвиняется в разбое. Образование среднее, холост. С детства отмечались поведенческие нарушения — убегал из дома, много времени проводил в асоциальных компаниях. По характеру вспыльчивый, склонен к перепадам настроения. Дважды привлекался к уголовной ответственности — за кражу и грабеж. В первый раз был осужден условно, во второй отбывал два года в местах лишения свободы. Неоднократно переносил черепно-мозговые травмы в драках. Был женат, развелись из-за постоянных конфликтов, детей нет.

Обследован в экспертной клинике. *Соматическое состояние.* Высокого роста, диспластичен. Предъявляет многочисленные соматические жалобы: отмечает, что его периодически беспокоят головные боли, головокружения при резкой перемене положения тела, плохая переносимость жары, духоты, предъявляет жалобы на нарушения сна. Соматические жалобы носят изменчивый характер — боли в опорно-двигательной системе, в области сердца. Объективно: кожные покровы обычной окраски. В правой поясничной области — опухолевидное образование до 3 см в диаметре, мягкой консистенции, кожа над ним не изменена. Заключение хирурга: «Липома правой поясничной области. Хронический геморрой». Терапевтом не осматривался. *Неврологическое состояние.* Заключение невролога: «Умеренно выраженные органические изменения ЦНС вследствие патологии раннего периода развития и повторных травм головы». *Психическое состояние.* Подэкспертный правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Во время беседы держится несколько демонстративно. В процессе обследования поведение пациента меняется: вначале спокоен, подчеркнуто вежлив, стремится произвести благоприятное впечатление, затем становится подавленным, раздражительным, но быстро успокаивается. Помимо многочисленных соматических жалоб говорит, что его беспокоят повышенная раздражительность, вспыльчивость. Отмечает, что физическое самочувствие ухудшается в периоды подавленного настроения. Говорит, что у него бывают «эпизоды бурной вспыльчивости», когда ломал двери, «швырял», «кидал» что-либо, срывал жалюзи, разбивал окна в машине. Отмечает, что такие состояния у него возникали как в связи с поводом, конфликтом, так и беспричинно. Говорит, что иногда у него было «подавленное состояние», когда уходил на озеро, уединялся, такие состояния продолжались несколько часов. После развода с женой у него длительное время было подавленное настроение, сильно переживал, дважды хотел покончить жизнь самоубийством, бежал под поезд, но его «остановило то, что мама бежала следом». При расспросе об инкриминируемом ему деянии несколько раздражается, говорит, что он признает себя виновным только в том, что зашел в чужую квартиру, отрицает наличие пистолета, угроз в отношении потерпевших.

В период пребывания в отделении поведение испытуемого неустойчивое, периодически раздражителен, конфликтен с персоналом, охраной.

Мышление подэкспертного со склонностью к конкретизации, внимание неустойчивое, эмоциональные реакции лабильные. Суждения облегченные, примитивные. Продуктивной психопатологической симптоматики у него не выявляется. Отмечается некоторое снижение волевого и прогностического контроля. При обследовании с помощью клинических опросников и экспериментально-психологических методик были выявлены высокая общая интенсивность соматических жалоб (их структура описана ранее), высокий уровень личностной и ситуационной тревоги, высокий уровень депрессии по клиническим опросникам.

Экспертная комиссия дала заключение, что у В. обнаруживаются признаки смешанного расстройства личности на органически неполноценной почве. Вместе с тем, исходя из принципов многоосевой диагностики, пациенту можно установить дополнительный диагноз «недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1 по МКБ-10). Учитывая склонность В. к частым декомпенсациям психического состояния, некоторое снижение волевого и прогностического контроля своих действий с легкостью возникновения аффективных реакций, было дано заключение, что В. не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в связи с чем он подпадает под действие ст. 22 УК, нуждается в амбулаторном лечении и наблюдении у психиатра.

В этом клиническом наблюдении с учетом всего комплекса клинических данных можно прогнозировать возможность декомпенсации психического состояния испытуемого в местах лишения свободы в связи с личностной патологией и дополнительными невротическими симптомокомплексами, и применение к нему принудительного наблюдения и лечения у психиатра в соответствии с п. «в» ч. 1 ст. 97, ч. 2 ст. 99, ч. 2 ст. 104 является вполне обоснованным.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Ни в одном из названий рубрик класса V МКБ-10 термин «истерия» не употреблялся из-за многочисленности и разнообразия его значений. Вместо него предпочтение было отдано понятию «диссоциативные расстройства», которое объединило расстройства, считавшиеся ранее истерическими, причем как собственно диссоциативного (с функциональными нарушениями интегративных функций психики, т.е. парциальными изменениями сознания), так и конверсионного (с псевдосоматическими и псевдоневрологическими проявлениями) типов. Во многом это связано с тем, что больные с диссоциативным и конверсионным типами расстройств часто обнаруживают и ряд других общих характеристик, а кроме того, у них нередки проявления обоих этих типов симптоматики одновременно или в разное время. Представляется также оправданным считать, что диссоциативные и конверсионные симптомы имеют одни и те же (или очень близкие)

психологические механизмы развития. Вместе с тем в современных классификациях более мягкие истерические расстройства, проявляющиеся не грубыми конверсионными расстройствами (функциональные параличи, парезы и другие моторные нарушения), а функциональными соматическими жалобами, отнесены в раздел соматоформных расстройств и стали одной из диагностических единиц (F45.0 — соматизированное расстройство — ранее описывавшееся в англоязычной психиатрии как полисимптоматическая конверсионная истерия, или синдром Брике). В разделе F44 (диссоциативные/конверсионные расстройства) сгруппированы истерические расстройства, тяготеющие к психотическому регистру и в судебно-психиатрической практике встречающиеся в клинике тяжелых психогенных реакций (реактивных психозов).

Следует отметить, что в первой половине прошлого столетия реактивные психозы описывались как преимущественно истерические с яркой диссоциативной симптоматикой (с парциальными изменениями сознания — бредоподобные фантазии, псевдодеменции, пуэрилизм, синдром регресса психики — одичания). Однако за последние десятилетия произошел патоморфоз реактивных состояний, четко обозначилась тенденция к более легкому их течению, упрощению структуры психопатологических расстройств. Фактически исчезли из клинической практики моторные конверсии (функциональные парезы, параличи), уменьшилась частота и выраженность истерических расстройств сознания и диссоциативные симптомы в целом стали носить более фрагментарный характер. Сократилось число реактивных состояний с затяжным течением. Данные изменения можно объяснить различными факторами — как социально-психологического характера (смягчением законодательства и условий содержания подследственных и осужденных), так и улучшавшимся до определенного времени состоянием здоровья общества. На роль почвы и важность анализа соматоневрологического состояния больных с реактивными состояниями обращали внимание многие специалисты, работавшие в области судебной психиатрии. Необходимо отметить, что синдром регресса психики («одичания») в последние десятилетия встречается крайне редко. Синдромы псевдодеменции (псевдослабоумия), пуэрилизма (регрессивного поведения с элементами «детскости»), встречающиеся в структуре реактивных истерических психозов, за последние десятилетия также претерпели существенные изменения и в целостном виде практически не наблюдаются; отмечаются, как правило, фрагментарные включения в структуре психогенных депрессий в виде миморечи, элементов детскости в поведении, моторике, высказываниях. Патоморфоз в меньшей степени коснулся синдрома бредоподобного фантазирования, который хотя и нечасто, но продолжает встречаться в судебно-психиатрической практике.

Посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические наблюдения за лицами, перенесшими катастрофические стрессовые события, показали, что у

пострадавших развивались длительные психические нарушения полиморфного характера с утратой обычной эмоциональности, навязчивыми и угнетающими воспоминаниями, повышенной возбудимостью и раздражительностью, повторяющимися ночными кошмарами и психосоматическими расстройствами (под которыми следует подразумевать как объективно выявляемые соматовегетативные дисфункции, так и функциональные соматические жалобы, не имеющие объективной соматической основы, т.е. соматоформные расстройства).

Специфика, общность этиологии и несоответствие психических расстройств у пострадавших ранее известным нозологическим формам позволили выделить их в качестве самостоятельного синдрома [Sings and Symptoms of PTSD, 1980]. Данный синдром был включен в Руководство по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (DSM-III) и обрел официальный статус под названием «посттравматическое стрессовое расстройство» — ПТСР *(posttraumatic stress disorder* — PTSD). В настоящее время ПТСР выделено и в МКБ-10 в виде самостоятельной диагностической категории (F43.1).

Согласно DSM-IV и МКБ-10 ПТСР представляет собой сложный симптомокомплекс, включающий патологические идеаторные, аффективные и поведенческие компоненты, наиболее ярким клиническим проявлением которого являются стойкие повторные переживания травмирующего события. В отечественной литературе подобные стойкие воспоминания часто обозначают как «навязчивые реминисценции» [Сидоров, Литвинцев, Лукманов, 1999]. Необходимо пояснить, что в психологии под реминисценциями (от лат. *reminiscor* — вспоминать) подразумевают психологический феномен, заключающийся в отсроченном воспроизведении того, что первоначально (при непосредственном воспроизведении) было временно забыто (не воспроизводилось) [Психологический словарь, 1996; Рубинштейн, 2000]. В работах психологов был отмечен важный аспект феномена реминисценции — как указывает С. Л. Рубинштейн (2000), проявление реминисценции зависит в том числе и от отношения запоминающего к материалу. Реминисценция наиболее ярко обнаруживается на таком материале, который вызывает интерес у испытуемого, т.е. является аффективно значимым. Вместе с тем содержание этого термина при использовании его в клинической практике отличается от такового в психологии — оно, с одной стороны, не включает в себя обязательный компонент временного забывания, с другой — более широкое и охватывает весь спектр субъективных переживаний лица, связанных с перенесенной стрессовой ситуацией, включая когнитивные, аффективные и ощущенческие составляющие.

Существует два основных варианта формирования ПТСР. В первом случае это происходит после перенесенного пациентом острого психогенного

расстройства (аффективной шоковой реакции) в ситуации, как правило, либо непосредственной угрозы жизни, либо утраты им личностно значимого объекта (например, смерть близких), либо при других значимых для личности событиях. В подобных случаях адаптационных ресурсов личности для переработки острой стрессовой ситуации оказывается недостаточно и происходит соскальзывание на онтогенетически более ранние формы реагирования: диссоциативные, элементарно-аффективные, психомоторные, соматовегетативные. Реакция на острый стресс проявляется прежде всего как дезинтеграция сознания различной степени выраженности — от сравнительно легкого аффектогенного сужения до развития выраженных диссоциативных состояний. Таким образом, острые стрессовые реакции носят внеличностный характер, и доля симптомов, отражающих конституциональные особенности индивидуума, незначительна [Сидоров, Литвинцев, Лукманов, 1999]. После острого периода (длящегося от секунд до часов) начинается когнитивная переработка пережитого травматического события и его последствий, нередко осложняющаяся тревожно-депрессивными расстройствами и формированием симптомокомплекса ПТСР.

Второй вариант формирования ПТСР связан с длительным периодом адаптации к хронической стрессовой ситуации (например, в условиях боевой обстановки, тюремного заключения, различных видов экстремальной деятельности человека в мирное время), постепенным формированием компенсаторно-приспособительных личностных и психосоматических изменений с закреплением определенного эмоционально-поведенческого стереотипа. После прекращения воздействия психогении на фоне этих изменений стрессогенной оказывается уже «обычная» жизнь, а пережитая длительная психотравмирующая ситуация отражается в клинической картине ПТСР.

В континууме от психического здоровья до тяжелых психических расстройств ПТСР располагается между неврозами и психозами (т.е. признается в целом более тяжелым расстройством, чем невроз). В частности, Г. Каплан, Б. Сэдок (1999) отмечают, что повторные навязчивые переживания перенесенного травмирующего события могут включать в себя иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды. Повторные навязчивые воспоминания помимо образов, мыслей и аффективных состояний включают и ощущения, которые воссоздают патологические телесные перцепции, пережитые пациентом в перенесенной стрессовой ситуации. В другой работе [Dissociation..., 2000] была определена связь между ПТСР, аффективной диссоциацией (расщеплением), сома- тизацией и нарушениями аффектов. Авторы констатируют, что между этими расстройствами, по-видимому, существует более тесная связь, нежели это предполагается в DSM-IV. Выраженность такой взаимосвязи, по крайней мере частично, зависит от характера нанесенной травмы и возраста, в котором больному пришлось

пережить психотравмирующее событие, а диагноз ПТСР не отражает в полной мере состояния больных. Действительно, диагностические определения ПТСР (F43.1) сильно отличаются как от диагностических рубрик своего кластера F43 (реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации), так и от других расстройств раздела F4 наличием в них выраженных идеаторных нарушений (навязчивых реминисценций и тревожных руминаций). Поэтому ПТСР представляет собой достаточно сложное патологическое образование, включающее расстройства аффективного спектра (депрессия, тревога), аффективно-идеаторные симптомокомплексы и соматоформные проявления.

П. И. Сидоров, С. В. Литвинцев, М. Ф. Лукманов (1999) определяют наиболее клинически яркие комплексные навязчивые воспоминания как «эйдетические эхомнезии», представляющие собой яркие, застывшие, многократно повторяющиеся, чувственно насыщенные визуализированные представления, воспроизводящие пережитое.

Как уже указывалось, ПТСР могут формироваться не только под влиянием чрезвычайных обстоятельств, угрожающих жизни индивида, но и при других стрессовых воздействиях, например правонарушения (особенно если оно противоречит морально-нравственным установкам индивида) и последовавшей за этим судебно-следственной ситуацией (арест, проведение следственных действий и т.д.). Говоря об испытуемых с ПТСР, у которых расстройство сформировалось уже после совершения ими правонарушения, необходимо отметить, что согласно диагностическим указаниям МКБ-10 «начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев)». Наблюдения за пациентами спустя 5—8 месяцев и более с момента возникновения травматического события (которым явилась создавшаяся судебно-следственная ситуация) показали, что клинические проявления у испытуемых в целом соответствовали диагностическим критериям ПТСР и включали в себя эпизоды повторного переживания психотравмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от ситуаций, напоминающих о травме. Однако данный симптомоком- плекс отличался определенным своеобразием в сравнении с ПТСР, сформировавшимся в боевых условиях и при чрезвычайных ситуациях. Ощущения подэкспертных не носили яркой («витальной») окраски. В большинстве случаев отсутствовали выраженное чувство тревоги или подавленности; раздражительность и вспышки гнева отмечались достаточно редко; пациенты не пытались уклониться от обсуждения судебно-следственной ситуации, а при описании своих переживаний делали акцент на ощущении «нереальности» происходящего, несовместимости произошедшего с их (подэкспертных) жизненными

установками и опытом, на внутреннем неприятии случившегося, страхе за судьбу своей семьи, переживании жизненного краха.

В структуре навязчивых воспоминаний, снов преобладали обстоятельства правонарушения и последовавшей за этим судебноследственной ситуации (задержание, предъявление обвинения, «неправомерные», по мнению испытуемых, действия сотрудников судебно-следственных органов и др.). Имевшие место реминисценции («флешбэк») были кратковременными без перехода в сценоподобные представления, не сопровождались изменением восприятия окружающей обстановки. Преобладали апатические и соматоформные (с нарушением физического самочувствия) клинические проявления. Таким образом, клиническая картина ПТСР у данных пациентов определялась преимущественно менее глубокими регистрами психопатологических



Рис. 5. **Патогенетическая схема развития ПТСР**

нарушений по сравнению с ПТСР, описанным у комбатантов (у которых преобладают дисфорические варианты с эмоциональной возбудимостью, агрессивностью, брутальностью). Мягкие формы ПТСР, имевшие место у подэкспертных в юридически значимый период или сформировавшиеся в условиях судебно-следственной ситуации, не влияют на их способность к осознанной произвольной регуляции своего поведения в период совершения правонарушения и на их процессуальную дееспособность. В то же время тяжелые формы ПТСР могут существенно ограничивать способность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий. Ниже приводится наблюдение подэкспертного с подобным вариантом ПТСР.

Подэкспертный П., 25 лет, обвиняется в убийстве. Наследственность психопатологически не отягощена. Сведений о раннем развитии не представлено. В возрасте 5 лет П. осматривался невропатологом с жалобами на частое моргание. Выставлялся диагноз: «Невротические реакции. Тики». С 7 лет П. наблюдался с диагнозом: «Бронхиальная астма». С 7 лет П. обучался по программе общеобразовательной школы. Учился на «отлично» до четвертого класса, в последующем успеваемость несколько снизилась. Проводил время в компании сверстников. Часто участвовал в драках, при этом неоднократно получал удары по голове, отмечал явления сотрясения головного мозга. В возрасте 10 лет П. получал лечение по поводу невротических реакций, насильственных миганий во время волнения. Отмечалось, что он «аутоагрессивен», агрессивен по отношению к окружающим, угрожал физической расправой близким. В 14 лет он вновь осматривался невропатологом в связи с насильственными миганиями во время волнения, аутоагрессией, нечетким произношением «р». Выставлялся диагноз: «Невротические реакции». Ему рекомендовалось диспансерное наблюдение педиатра и психиатра. После 9 классов общеобразовательной школы окончил СПТУ по специальности токарь, работал разнорабочим. После 17 лет приступы бронхиальной астмы практически прекратились. В 18 лет П. был призван на службу в армию. При прохождении ВВК ему «было предложено освобождение в связи с бронхиальной астмой», однако он «настоял на службе». В течение 2 лет подэкспертный проходил срочную службу в военно-космических войсках. Уволен в запас на общих основаниях.

В возрасте 22 лет П. поступил на военную службу по контракту. Участвовал в контртеррористической операции на Северном Кавказе, суммарно зафиксировано 17 месяцев в «горячих точках». В результате подрыва радиоуправляемого фугаса он получил ранения легкой степени, наблюдались явления сотрясения головного мозга, в последующем беспокоили головные боли, стал плохо переносить жару, духоту, езду в транспорте. Обращался в медицинскую часть с жалобами на нарушение сна, головную боль. Выставлялся диагноз: «Последствия минно-взрывной травмы с вегетососудистой неустойчивостью, неврозоподобным синдромом». За время прохождения службы в должности развед- чика-пулеметчика П.

зарекомендовал себя с положительной стороны. Принимал неоднократное участие в выездных маневренных группах по уничтожению бандформирований. За самоотверженность и мужество, проявленные в чрезвычайных обстоятельствах, в условиях, сопряженных с риском для жизни, неоднократно поощрялся командованием части. Вернувшись домой из последней командировки, П. узнал о смерти отца и брата, в связи с чем стал употреблять спиртные напитки, пил по два дня. Не мог адаптироваться к жизни в мирных условиях, стремился общаться только с воевавшими. Он изменился по характеру: стал вспыльчивым, раздражительным; по ночам снились картины боевых действий, что сопровождалось чувством страха, тревогой. Не удерживался на различных местах работы, «постоянно в голове крутились мысли о боевых действиях». На учете у психиатра, нарколога П. не состоял.

Из материалов уголовного дела известно, что П., находясь в состоянии алкогольного опьянения, в ходе ссоры стал избивать гражданина Б. руками и ногами по голове и телу, после чего нанес множество ударов ножом в область шеи и живота, в результате чего наступила смерть потерпевшего. На следующий день П. написал явку с повинной, в которой сообщил следующее. Он со своим знакомым подошли к дому потерпевшего. Знакомый остался стоять у дома, а П. пошел забирать деньги за велосипед, который отдавал потерпевшему для продажи. На вопрос о деньгах потерпевший ответил отказом в грубой форме. После чего подэкспертный взял с тумбочки нож и перерезал им потерпевшему горло, затем ударил несколько раз ножом в живот. Во время допроса подэкспертный утверждал, что после того, как порезал потерпевшему горло, он ничего не помнит, помнит только, что резал по горлу 2 раза, а потом несколько раз по животу. Бил ли его кулаками, не помнил. Сообщал, что после того, как потерпевший упал, подэкспертный надел на его голову ведро, так как «боялся, что кто-нибудь увидит, что порезал ему горло». Во время следующего допроса сообщил, что после того, как потерпевший начал оскорблять его нецензурной бранью и вышел из комнаты в прихожую, он вышел за ним и ударил его ногой в бок. От удара потерпевший отлетел, а когда стал подниматься, П. увидел нож, лежащий на тумбочке, схватил его, подошел к потерпевшему, повернул его к себе спиной, левой рукой держал за голову, а правой, в которой был нож, провел ножом по шее. Затем взял ведро и надел его на голову мертвому Б., чтобы не было сразу видно, что он мертв. Дальнейшие показания давал аналогичные предыдущим, выражал недоумение, как мог нанести потерпевшему такое большое количество ножевых ранений.

Во время проведения амбулаторной КСППЭ по данному делу он предъявлял жалобы на головные боли, плохую переносимость жары, духоты. Характеризовал себя вспыльчивым, отмечал, что вспыльчивость усилилась после командировок в горячие точки, что после участия в боевых действиях стал очень нервным, по-другому стал смотреть на то, что «происходит на

гражданке», плохо спал ночами, снились боевые действия, редко выходил на улицу, совсем перестал ходить на рынки, поскольку «там много кавказцев», временами казалось, что «кто-то в спину смотрит, реагировал на каждый шорох». Стал с опаской относиться к окружающим, появился страх за жизнь родственников. Говорил, что стал настолько раздражительным, что однажды «чуть не убил отчима, не мог остановиться». Сообщал, что в голове постоянный шум — «будто песок из ведра пересыпают». Инкриминируемое ему деяние не отрицал, вспоминал, что когда зашел к потерпевшему, то на вопрос П. потерпевший ему сказал: «Ты мне ничего не давал», стал оскорблять. «Я стал его избивать... не знаю, что на меня нашло... взял нож и перерезал ему горло». Дальнейших событий (как наносил множество ударов ножом), со слов подэкспертного, не помнил, «очнулся около товарища на улице... всего трясло». Комиссия пришла к заключению, что при однократном амбулаторном обследовании решить экспертные и диагностические вопросы (ПТСР?) не представляется возможным, и рекомендовала проведение стационарной комплексной психолого-психиатрической экспертизы

При стационарном обследовании выявлено следующее. *Соматическое состояние*. Заключение терапевта: «Бронхиальная астма, атопическая форма». *Заключение невролога.* Последствия органического поражения ЦНС сложного генеза (постгипоксического, травматического). Энцефалопатия I степени с явлениями вегетативной неустойчивости. *Психическое состояние.* Подэкспертный охотно вступал в беседу. Предъявлял жалобы на нарушения сна, вспыльчивость, раздражительность, головные боли. Сообщал, что после службы по контракту он «изменился по характеру, стал вспыльчивым, раздражительным, нервным», у него «появилась необъяснимая неожиданная агрессия», не мог «адаптироваться к жизни в мирных условиях», нарушился сон, снились боевые действия, что сопровождалось страхом, тревогой, общался только с теми, кто прошел горячие точки, старался не выходить на улицу, появился страх за свою жизнь, было ощущение, что находился под прицелом. Говорил, что «теперь может легко заплакать», когда смотрит передачи про спецназ или слушает лирические песни. Рассказывал, что «ни с того ни с сего могут нахлынуть воспоминания о боевых действиях, ощущения боя». Во время этих воспоминаний испытывал тревогу, «сильно нервничал». В беседе он постоянно соскальзывал на тему военной службы, с этой темы его трудно было «переключить». Говорил, что у него появилась потребность уединяться: «быть одному, чтобы никто не трогал, не раздражал». Рассказывал, что после возвращения со службы он узнал о смерти отца и брата, «стал выпивать, пил по два дня», однако наличие у себя похмельных явлений отрицал. Постоянно высказывал желание вновь стать контрактником, так как «только там люди настоящие, сразу видно, кто чего стоит». Когда речь заходила об обстоятельствах уголовного дела, настроение подэкспертного снижалось, он становился подавленным. Сообщал, что когда пришел к потерпевшему за

деньгами, последний стал отрицать, что что-либо должен подэкспертному, оскорблял его, «прошелся по самому больному, по военной службе». После этого П. стал бить потерпевшего руками и ногами. В голове «была мысль проучить», «чувствовал какой-то физический подъем». Увидев нож, схватил его и перерезал горло потерпевшему, «как часового снял», «действовал как автомат». Утверждал, что дальнейших событий почти не помнит. «Очнулся на улице от вопроса приятеля, о чем тот спрашивал, не помнил, всего трясло», чувствовал «какую-то слабость и вместе с тем душевную легкость». Не до конца понимал, что натворил, «постепенно приходило понимание произошедшего». Ночь проспал, а утром пошел в милицию и написал явку с повинной. Мышление подэкспертного было логичным, последовательным, ближе к конкретному типу. Эмоциональные реакции адекватные теме беседы, лабильные. В отделении режиму был пассивно подчинен, общался с другими подэкспертными и медперсоналом. Критические способности сохранены.

При *экспериментально-психологическом исследовании* выявлялось дисгармоничное сочетание эмоциональной лабильности, ранимости, склонности к реакциям тревоги, с одной стороны, с негибкостью поведения, категоричностью оценок и трудной коррегируемостью суждений, нежеланием и неумением учитывать мнение других, внешнеобвиняющими формами реагирования в проблемных ситуациях — с другой. В конфликтных ситуациях межличностного взаимодействия П. был склонен к импульсивному реагированию, снятию эмоционального напряжения в действиях агрессивного характера со снижением прогноза возможных последствий своих действий и целостной критической оценки ситуации. Ему было доступно выполнение основных мыслительных операций по признакам преимущественно функционального уровня, а при усложнении материала — с актуализацией конкретных второстепенных, поверхностных, несущественных признаков при возможной их коррекции. Обследуемый устанавливал формально-логические связи между событиями, был способен целостно осмыслить ситуацию, передать условный смысл выражений. Вместе с тем при эмоциональной нагруженности и личностной значимости материала отмечались аффективная логика суждений, элементы некритичности мышления. Мыслительный процесс был тугоподвижен, с элементами вязкости и обстоятельности. В исследуемой ситуации, как показал психологический анализ материалов уголовного дела, беседы с подэкспертным, П. не находился в состоянии физиологического аффекта. При патодиагностическом исследовании на фоне высокого уровня тревоги у П. выявлена большая вероятность открытого агрессивного поведения.

Комиссия пришла к заключению, что П. страдает обсессивно-дисфорическим типом посттравматического стрессового расстройства на органически неполноценной почве. Имеющиеся у П. психические расстройства препятствовали ему во время совершения правонарушения в полной мере

осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ч. 1 ст. 22 УК). В применении мер медицинского характера П. не нуждается.

Таким образом, у П. отмечены изменения личностных особенностей — повышенная агрессивность при затрагивании личностно значимых переживаний, повышенная раздражительность, склонность к внешнеобвиняю- щим реакциям в ряде случаев вне зависимости от объективной конфликтной ситуации. В юридически значимой ситуации оскорбительные реплики потерпевшего, затрагивающие боевое прошлое П., вызвали резкий рост эмоционального напряжения с ситуационно обусловленными непродуманными импульсивными действиями. В тот момент его критические и прогностические возможности были ограничены, произошло высвобождение приобретенного в боевой обстановке опыта: «перерезал горло, как часового снял». Указанное психическое состояние в юридически значимой ситуации препятствовало способности П. в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. После содеянного в поведении П. наблюдались элементы дезорганизации, которые проявлялись в накрывании ведром головы потерпевшего, «чтобы не сразу заметили, что он мертвый», и элементы постаффективной астении (состояние вялости, тяжести в ногах, безразличия после содеянного).

Таким образом, наличие непсихотических психогенных расстройств у лиц с той или иной «базовой» психической патологией может учитываться как дополнительный фактор для рекомендации меры медицинского характера, соединенной с исполнением наказания, лицам, к которым применена ст. 22 УК. В ч. 2 ст. 97 Кодекса говорится, что «принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц», и данное положение экстраполируется на все меры медицинского характера, в том числе и на принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания. В то же время «возможность причинения иного существенного вреда» лицами, к которым применяется ст. 22 УК, уже исключается назначением им наказания, и в данном случае скорее правомерно говорить об ограниченной пенитенциарной дееспособности лица, т.е. о его сниженной способности к отбыванию наказания и достижению его цели [Шишков, Сафуанов, 1994]. В этом аспекте принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания, играет роль меры, способствующей достижению целей наказания, так как позволяет осуществлять психиатрическое наблюдение за осужденным, предупреждать декомпенсации его психического состояния и производить своевременное врачебное вмешательство. Вместе с тем критерий «опасности для себя или других лиц» должен учитываться при рекомендации принудительной меры, соединенной с исполнением наказания,

так как вероятное ухудшение психического состояния может быть сопряжено с суицидальными или агрессивными формами поведения. Таким образом, непсихотические психогенные расстройства в некоторых случаях наряду с реактивными психозами (которые в соответствии с МКБ-10 обычно диагностируются в рубрике «Аффективные расстройства настроения» (тяжелый депрессивный эпизод F32.2; F32.3) также могут обладать «юридической релевантностью» (рис. 6).



Рис. 6. **«Юридическая релевантность» психогенных расстройств у обвиняемых, развившихся в период производства по делу**

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Каковы этиология и общие клинические проявления невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств?

- 2. В чем специфика клинической картины тревожно-депрессивных, соматоформных и диссоциативно-конверсионных расстройств?
- 3. Каковы наиболее характерные клинические проявления посттравматических стрессовых расстройств и особенности их формирования?
- 4. В чем заключается юридическое значение невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств? Какова их судебно-психиатрическая оценка?

Литература

БерезанцевА. Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. М.: Информационные технологии, 2001.

Березанцев А. Ю. Некоторые психосоматические аспекты посттравматических стрессовых расстройств // Российский психиатрический журнал. 2002. № 5. С. 4—7.

БерезанцевА. Ю., Борисов Д. М. Психогенные расстройства в практике судебнопсихиатрической экспертизы: клинико-психопатологические и психосоматические аспекты // Российский психиатрический журнал. 2006. № 5. С. 60—67.

Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М. : ГЭОТАР Медицина, 1999.

Психологический словарь / под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. М. : Педагогика-пресс, 1996.

Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В. А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Ростов н/Д : Изд-во РостГМУ, 2015.

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2000.

Сидоров П. И., *Литвинцев С. В., Лукманов М. Ф.* Психическое здоровье ветеранов афганской войны. Архангельск, 1999.

Шишков С. Н., Сафуанов Ф. С. Влияние психических аномалий на способность быть субъектом уголовной ответственности и субъектом отбывания наказания // Государство и право. 1994. № 2. С. 82—90.

Шостакович Б. В., Харитонова Н. К. Судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М. : Медицина, 2004.

С. 263—273.

ЯкубикА. Истерия: методология, теория, психопатология. М., 1982.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М. : Независимая фирма «Класс», 1999.

Sings and Symptoms of PTSD / M. J. Horowitz [et al.] // Archives of General Psychiatry. 1980. Vol. 37. № 1. P. 85—92.

Dissociation, affect dysregulation and somatization / B. A. Van der Kolk [et al.] // Psychiatric Clinics of North America. 2000. № 2. P. 346—359.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ВЛЕЧЕНИЙ

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • основные клинические проявления расстройств личности и влечений;
- • судебно-психиатрическое значение расстройств личности и влечений;

уметь

- • определять основные клинические проявления расстройств личности и влечений;
- • выделять этиологию, патогенез и закономерности динамики расстройств личности и влечений;
- • устанавливать юридически значимые клинические проявления расстройств личности и влечений;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки расстройств личности и влечений.

Расстройства личности.

Под расстройствами личности (психопатиями) понимают стойкую непрогредиентную врожденную или приобретенную патологию характера при общей сохранности интеллекта, которая проявляется главным образом в поведении и приводит к нарушению межличностных отношений и социальной дезадаптации. В настоящее время термин «психопатия» в классификациях не используется, а применяется термин «расстройство личности». Психопатиями (расстройствами личности) страдают 5—15% взрослого населения. Как правило, психопатические личности не осознают своего дефекта и не обращаются к врачу. Тем не менее у них нарушена социальная адаптация, повышен риск наркомании и правонарушений.

Стойкость изменений личности при психопатиях, неприятие помощи, характерное для многих психопатических личностей — все это делает психопатии одной из самых трудных медицинских и социальных проблем.

Формирование расстройств личности происходит в подростковом и юношеском возрасте (до 20—25 лет), совпадая с периодом формирования личности, хотя нередко первые патохарактерологические проявления возникают еще в детском, особенно младшем школьном возрасте, в связи с изменением жизненного стереотипа. Обычно личностные нарушения ярко проявляются в период пубертатного криза и к периоду самостоятельной жизни, чему способствуют новые жизненные ситуации (воинская служба, начало трудовой деятельности, вступление в брак и т.д.). Выраженность и особенности патологии личности могут изменяться на протяжении жизни. Различают несколько вариантов динамики психопатий. *Декомпенсация* — заострение патологических личностных черт, проявляющееся нарушениями поведения и социальной дезадаптацией. Наступает обычно под влиянием неблагоприятных социальных факторов, с которыми обычно справляются здоровые личности. У женщин декомпенсации истерического расстройства личности часто возникают в период климакса. Нередко подобные личности сами создают стрессовые ситуации, реагируют на нее патологическим образом и выходят из них с еще большим заострением патологических черт («психопатические циклы» по О. В. Кербикову). *Компенсация* — смягчение патохарактерологических особенностей за счет благоприятной социальной микросреды, щадящих условий труда, когда личностные особенности мешают в наименьшей степени (уединенный образ жизни с возможностью целиком погрузиться в свои интересы при шизоидном расстройстве личности). Реже компенсация может наступить за счет активного преодоления личностью своих патологических черт, выработки механизмов компенсации, изменения образа жизни, поведения. Однако в тяжелых жизненных ситуациях эти механизмы компенсации могут оказаться недостаточными, и патологические личностные черты проявляются вновь. Патологические личности более подвержены психогенным стрессовым расстройствам (вплоть до реактивных психозов), причем они могут возникать при относительно малоактуальных ситуациях.

Патогенез психопатий окончательно не выяснен. Пытаясь объяснить природу личности и личностных расстройств, научная мысль, подобно маятнику, колеблется между биологией и психологией. В прошлом столетии широкое распространение получила психодинамическая теория психопатий, которая объясняла их возникновение психологическими конфликтами, неполноценностью «эго». Биологически ориентированные ученые причиной психопатий считали врожденную или приобретенную органическую патологию центральной нервной системы. Биологическая теория берет начало еще со времен Гиппократа: именно тогда появилось представление о темпераменте и о заболеваниях, возникающих в результате его расстройств.

Темперамент — это врожденные особенности характера и поведения. Понятие темперамента близко к появившемуся позднее понятию личностных свойств или координат. При описании личности и ее расстройств используют и другой подход — наблюдение за внешними проявлениями (поведением). Классификация типов личности, основанная на этом принципе, была предложена К. Шнайдером; ее модифицированный вариант использован в МКБ-10. Эта классификация описательная; в ней выделено несколько типов расстройств личности в зависимости от склада характера и поведенческих стереотипов. Иногда психопатию упрощенно определяют как аномалию характера, однако аномальная личность должна проявляться в аномальном социальном поведении. Практически удобна образная характеристика психопатий К. Шнайдера: *психопатические личности* — это такие аномальные личности, от аномальности которых страдают они сами или окружающие. Расстройство личности — не болезнь, а патологическое состояние, которое может подвергаться трансформации в течение жизни. В формировании расстройств личности играют роль наследственные факторы, а также аномальное развитие и созревание личности, обусловленное влиянием неблагоприятных микросоциальных и биологических факторов. Термин «психопатия» в России впервые (в 1886 г.) использовал В. М. Бехтерев.

Существенный вклад в развитие учения о психопатиях внесли отечественные психиатры. Так, П. Б. Ганнушкин сформулировал *кардинальные признаки психопатий,* которые отграничивают психопатии от крайних вариантов характерологической нормы (акцентуаций характера, по К. Леонгарду).

- 1. *Тотальность патологических личностных качеств.* Эти качества определяют весь психический облик индивида: особенности эмоционального реагирования, мировоззрения, интересов, волевые качества, особенности поведения. Патологические качества проявляются во всех областях жизни индивида — в семье, трудовом коллективе. Хотя служебная регламентация может сдерживать аномальные поведенческие проявления на работе, они в полной мере проявляются в быту («домашние психопаты»).
- 2. *Относительная стабильность патологических качеств.* Впервые проявляясь в молодом возрасте, патохарактерологические свойства прослеживаются в течение всей жизни, хотя и могут претерпевать определенные изменения в пределах ресурсов аномальной личности. Таким образом, патохарактерологические качества являются стойкими, но не неизменными.
- 3. Патологические качества личности настолько выражены, что *нарушают социальную адаптацию.* Этот признак при расстройствах личности — наиболее важный. Нарушения социальной адаптации проявляются в зависимости от клинического варианта и глубины личностного расстройства. Одних патологических личностей

социальное окружение отторгает из-за их конфликтности, неуживчивости, у других возникают проблемы из-за их робкости, неуверенности, неспособности принять быстрое решение, постоянных сомнений.

В работах П. Б. Ганнушкина впервые внимание было обращено на динамику психопатологических проявлений психопатий. Были выявлены, определены и описаны такие элементы динамики, как фазы, этапы и т.д. Далее в работах О. В. Кербикова были выделены *ядер- ные* и *краевые психопатии.* Первые в большей степени определяются наследственными факторами и проявляются уже в раннем возрасте, отличаются более выраженными психическими нарушениями и могут приводить больных к стойкой дезадаптации. Краевые психопатии, патологические развития личности возникают в связи с действием неблагоприятных факторов социальной среды. В последующем были выделены так называемые акцентуированные личности (К. Леонгард). Эта группа занимает как бы промежуточное положение между психической нормой и расстройствами личности. У них нет патологии личности, т.е. это вариант нормы, но присутствует определенное заострение характерологических особенностей, что при неблагоприятных социальных воздействиях может быть причиной дезадаптации, нарушения межличностных отношений.

Как уже указывалось, аномальные личности некритичны к своим патохарактерологическим особенностям и поведению. Проявляющиеся в течение всей жизни собственные патологические личностные качества воспринимаются аномальными личностями как их неотъемлемые, неболезненные особенности. Иногда аномальные личности формально соглашаются, что у них «трудный характер», однако в своих конфликтах и неудачах обвиняют окружающих. Вместе с тем аномальные личности нередко отличаются высоким интеллектом, творческими и профессиональными способностями, и дисгармония личности, создавая проблемы во взаимоотношениях с окружающими, может способствовать профессиональным достижениям. Среди одаренных индивидов личностная патология — не редкость. Такие черты, как фанатизм, активность, завышенная самооценка или гиперответственность, педантичность, могут способствовать профессиональным достижениям. Возможность социальной адаптации при расстройствах личности зависит от выраженности личностной дисгармонии личности и внешних факторов. Аномальная личность может быть удовлетворительно адаптирована в благоприятных для нее условиях (состояние компенсации) и дезадаптироваться с яркими проявлениями свойственных ей психопатологических черт, вплоть до психотических проявлений, при неблагоприятных условиях (декомпенсация). Существуют разные систематики клинических вариантов расстройств личности. Ниже представлена систематика в соответствии с МКБ-10.

Параноидное расстройство личности. Его признаками считаются чрезмерная чувствительность больных к отвержению их притязаний; обидчивость, злопамятность, подозрительность. У пациента присутствует тенденция постоянно быть недовольным кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношения свысока. Нейтральное поведение других лиц толкуется как зловредное или как проявления пренебрежения. Больным присущи: воинственное, сопровождающееся угрозами отстаивание своих прав в каждой ситуации; склонность к патологической ревности; чрезмерная самоуверенность, ощущение собственной важности; поглощенность мыслями, что все находятся в заговоре против них. Важнейшей чертой этого типа больных является убежденность в своем превосходстве над окружающими, уверенность в первостепенной важности того, чем они заняты, и того, что они сделали. Поэтому малейшее усовершенствование, сделанное ими, представляется ими как нечто выдающееся, а выявление мелких нарушений и недочетов у других — как потрясающее разоблачение, при этом свои формальные требования они считают высокопринципиальными. Такие лица всегда претендуют на исключительное положение, на то, чтобы все делалось так, как они считают нужным. Претендуя на лидерство, обычно сплачивают вокруг себя людей недалеких и недовольных своим положением. У них присутствует охваченность несущественными деталями и «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с ними или по большому счету в мире. Не получая признания своих «выдающихся» качеств и деяний, удовлетворения своих притязаний и требований, озлобляются, всюду видят врагов и завистников, злонамеренные козни против них. Начинают изощренно и даже жестоко преследовать своих мнимых врагов и действительных противников, считая, что те преследуют их («преследуемые преследователи»). У паранойяльных психопатов в возрасте 30—40 лет (в период социальной зрелости) часто формируется устойчивый комплекс сверхценных идей ревности, преследования, сутяжничества, изобретательства, переоценки собственной значимости, которые могут постепенно трансформироваться в систематизированный бред (паранойю). Борьба за удовлетворение своих притязаний и наказание обидчиков становится делом жизни, самоцелью, своего рода профессией. Параноидальные личности часто испытывают удовлетворение от этой деятельности. Фон настроения у них нередко гипертимный. Сверхценные и паранойяльные идеи сохраняются в течение многих последующих лет и постепенно нивелируются лишь в старости. Склонность к образованию сверхценных идей и паранойяльному бредообразованию — важнейшая характеристика паранойяльной психопатии. Ниже приводится клиническое наблюдение.

Подэкспертный А., 42 года, обвиняется в убийстве родного брата. *Анамнестические сведения.* Наследственность психическими расстройствами не отягощена, родился в семье рабочих пятым из шести детей. Рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошел с 7 лет,

успевал удовлетворительно. Окончил 10 классов и водительские курсы. Проходил срочную службу в армии, был уволен в запас на общих основаниях. По возвращении работал шофером. В возрасте 21 года женился, от брака имеет трех дочерей, проживал с женой и детьми. В 29 лет был осужден за кражу на 2 года лишения свободы условно, а в 37 лет был осужден за незаконное хранение и приобретение боеприпасов также на 2 года лишения свободы условно. Занимался продажей металлолома, привлекался к административной ответственности за осуществление незаконной предпринимательской деятельности (скупал лом черного металла для перепродажи без регистрации). На наркологическом и психоневрологическом учете не состоял, спиртными напитками не злоупотреблял. Глава сельсовета, где проживал А., характеризует его «вспыльчивым, злопамятным, застенчивым, ревнивым», несколько раз выезжала с участковым на жалобы жены А. к нему домой. Жена погибшего брата охарактеризовала подэкспертного жестоким, злопамятным, расчетливым человеком, отмечала, что он «завидовал» ее мужу. Рассказала, что за 4 года до правонарушения между ее мужем и подэкспертным произошел конфликт, от чего они перестали общаться. Пояснила, что знала со слов мужа, что примерно за два дня до случившегося к нему приезжал подэкспертный. Они разговаривали около дома. Последний предъявлял претензии, что якобы его жена и ее муж встречаются и являются любовниками. Одни родственники и знакомые А. характеризовали его как нормального, работящего, спокойного человека, «без каких-либо странностей и отклонений», другие — как дерзкого, грубого, скрытного, злопамятного, завистливого, очень хитрого. Отмечали, что он завидовал своему брату, постоянных друзей у него не было, свою жену на протяжении длительного времени ревновал к жителям села, причем чувство ревности было беспричинным. Другой родной брат подэкспертного показал, что примерно за год до случившегося к нему приехал подэкспертный, он находился «в возбужденном состоянии» и требовал осмотреть принадлежащую ему машину. Потом пояснил, что «искал седой волос длиной 1 см, чтобы уличить жену», характеризовал брата ревнивым, завистливым и недоброжелательным, склонным к агрессии. Свою жену тот ревновал, но это было беспочвенным — между погибшим братом и ней не было интимных отношений, последнее время погибший не общался с подэкспертным, так как последний ему завидовал. Дочь подэкспертного в судебном заседании показала, что за полгода до произошедшего она стала замечать, что в семье постоянно происходят ссоры. Отец высказывал матери, что она постоянно гуляет, а ей с сестрой говорил, что они покрывают ее. Если мать выходила на 10—15 минут, то он «метался по окнам», когда возвращалась, выяснял, почему и где она так долго была. Накануне произошедшего отец выглядел странно, был «какой-то огорошенный».

Жена подэкспертного сообщила, что еще за 15 лет до произошедшего муж приревновал ее к своему погибшему брату и сказал, что уходит из дома, при

этом отсутствовал всего несколько дней, а потом вернулся. За 5 месяцев до правонарушения он постоянно упрекал ее, что она изменяет ему с братом. Неоднократно угрожал ей убийством на почве ревности к другим мужчинам, но поводов для ревности она никогда не давала, мужу ни с кем не изменяла, а его высказывания о том, что на ее пальто он обнаружил следы спермы, — неправда. Убийство он совершил потому, что он агрессивный человек, который использует любой повод, чтобы сорвать злость. Отметила, что он довольно вспыльчивый человек, эмоции свои не сдерживает, может избить человека, если последний ему чем-нибудь не угодит. Сообщила, что за месяц до произошедшего муж приезжал к ней на работу. Он «был настроен серьезно и предложил пойти поговорить на улицу». Сказал, что «наконец-то, выяснил, с кем она ему изменяет», что это его брат. Пояснил, что к такому выводу пришел после того, как узнал, что когда тот отсутствовал дома, ее также не было. За двое суток до убийства, когда она работала в клубе, ей позвонила дочь и сказала, что отец спрашивал, когда она придет домой. Дома муж находился в «агрессивном» состоянии, был сильно разозлен, стал оскорблять. Говорил, что она ему изменяет с братом, настаивал на этом, потом ударил. В течение ночи вел себя беспокойно, вставал, куда-то выходил, снова приходил. На следующий день утром она ушла на работу, вернулась домой в середине дня. Муж вновь упрекнул ее, что якобы и днем она ему изменяла. В течение дня вел себя относительно спокойно. К вечеру у него опять появилось беспокойство, всю ночь накануне убийства он не спал. Утром она стояла на улице около магазина, в это время подъехал муж, прошел мимо нее, ничего не говоря, зашел в магазин. Со слов продавца магазина узнала, что муж купил бутылку водки и бутылку перцовой настойки, после чего практически моментально выпил бутылку водки емкостью 0,5 л один, после чего вышел из магазина и стал уговаривать ее поехать с ним поговорить, но она не согласилась. Подэкспертный сказал, что он выяснил точно, с кем она ему изменяет, — это его брат Алексей. Она пошла к участковым оперуполномоченным в здание клуба, туда зашел подэкспертный и «набросился» на нее, вел себя грубо, агрессивно, предъявлял претензии по поводу того, что она ему изменяет. Выбежав из клуба, она спряталась в магазине, муж стал ее искать, но не найдя, сел в машину и быстро уехал.

А. обвиняется в том, что взяв незаконно хранившееся у него дома двуствольное ружье, на своей машине подъехал к дому брата Алексея, где на приусадебном участке произвел в него два выстрела. После чего, сев в машину, уехал. Смерть Алексея наступила от острой массивной кровопотери вследствие огнестрельного ранения бедер с повреждением крупных кровеносных сосудов во время транспортировки в больницу. На допросе в качестве обвиняемого А. показал, что 15 лет назад заметил, что жена ему изменила с братом Алексеем. В то время он ушел из дома и не жил с семьей полгода. «Серьезных претензий» в тот период к своему брату не предъявлял, отношения между ними были в целом нормальные. За пол года до убийства,

приехав из очередной командировки, обнаружил на замшевом пальто жены, висевшем дома, следы спермы. Из этого сделал вывод, что жена с кем-то ему изменяет. Потом во время следующей командировки жена стала звонить ему на мобильный телефон, из этого также сделал вывод, что она вновь в его отсутствие собирается изменить. Стал сильно ревновать ее, подозревать, что она не верна, предъявлял ей претензии по поводу измены, спрашивал у нее, с кем она изменяет. Жена отрицала факт измены. Чтобы выяснить, есть ли у жены близкие отношения с кем-либо, стал следить за ней. Как-то увидел, что в направлении клуба, где работает жена, проехал Алексей на своем автомобиле. Когда подошел к клубу, там ни жены, ни брата уже не было. Затем неоднократно видел, как брат проезжал на мотоцикле в направлении клуба, где работает жена, а также на автомобиле другого брата. Добавил при этом, что никогда не заставал брата и свою жену вместе. Примерно за два месяца до убийства решил выяснить отношения с братом. Приехал к нему и стал предъявлять претензии, что последний встречается с его женой, но Алексей отрицал факт их близких отношений. В этот же день к вечеру жена стала собираться на работу. Подэкспертный, выйдя на улицу, увидел брата с соседями, они сели в автомобиль и поехали по улице. Решил, что Алексей хочет встретиться с его женой и стал наблюдать. Автомобиль остановился около кустов, из него вышел брат. Отметил, что не видел, когда жена вышла из дома, но когда подошел к кустам, то увидел, как они якобы занимаются сексом. Хотел избить жену, но Алексей якобы задержал его, между ними произошла драка. Вечером того же дня, когда жена пришла с работы, между ними произошла ссора. За двое суток перед убийством не спал, думал о том, что жена изменяет с братом. Утром жена ушла на работу, примерно в это же время на мотоцикле проехал брат, подэкспертный понял, что с ней на встречу. Отметил, что он стал сильно нервничать, изматывать себя мыслями «об измене жены». Днем жена пришла домой, вместе проводили детей на автобус, а в течение дня обрабатывали морковь на огороде. В вечернее время вновь «стал сильно нервничать, думать об измене жены». В течение ночи перед убийством «не спал, изматывал себя мыслями, что жена изменяет с Алексеем». Утром, когда жена ушла на работу, подэкспертный сел в свой автомобиль и поехал к магазину, где купил бутылку водки, которую выпил. После чего пошел в клуб, где находились его жена и участковый оперуполномоченный. Между подэкспертным и его женой возникла ссора, во время которой он предъявлял ей претензии, ударил ее, милиционеру сказал, что «сейчас будет криминал». Забрав из дома ружье, поехал к брату, увидев последнего, вышел из машины и, ничего не говоря, дважды выстрелил ему в область половых органов. Жена потерпевшего отобрала ружье и несколько раз ударила его прикладом. Подэкспертный сказал ей, что жена и брат «его достали, имея в виду их близкие отношения», после чего сел в автомобиль и поехал к клубу. Не выходя из машины, выпил бутылку настойки. В это время милиционер крикнул: «Ты что наделал?!» Отметил, что после этого ничего не помнил, так как был в состоянии алкогольного опьянения. Очнулся в дежурной части.

При проведении экспертизы. *Соматическое состояние* без патологии. Заключение невролога: «Рассеянная очаговая микросимптоматика неясного генеза. Синдром вегетативной неустойчивости». *Психическое состояние.* Подэкспертный понимает, где и для чего находится, знает число, месяц, год, свои паспортные данные. Цель обследования понимает. Формально доступен продуктивному контакту, во время беседы держится напряженно, несколько настороженно. Настроение снижено. Жалоб не предъявляет. На вопросы отвечает не всегда по существу. На вопросы, касающиеся его взаимоотношений с женой, правонарушения говорит быстро, активно жестикулирует, становится возбужденным. Анамнестические сведения сообщает ответами на вопросы. Себя характеризует «жестким, требовательным, любящим порядок, прямолинейным, принципиальным». Отмечает, что трудностей в общении у него не было, если только не касались «его личного пространства, отношений в семье». Отмечает, что он «собственник», «если что-то мое, то мое». Рассказывает, что еще за 15 лет до правонарушения заметил, что жена изменила ему с братом. «Вычислил» их, когда ехал к дому тещи, где они проживали с женой, были еще следы шин машины на повороте к огороду. Проехав туда, увидел, что трава примята. Тут же добавляет, когда она еще успевала, ведь вторая дочка совсем маленькая была. Тогда ушел из дома жить к матери. Но потом в связи с тем, что ему дали квартиру, поддался уговорам со стороны знакомых, вновь съехался с женой, простил. Некоторое время все было спокойно, но периодически возникали мысли о том, что жена не верна, из дома никуда надолго не уезжал. За полгода до правонарушения почувствовал, что в его отношениях с женой «что-то не так, к ней вообще не подойти», интимных отношений практически не было, она «стала холодна», отмечает, что называл ее «монашкой». Начал думать, что у нее кто-то есть. В этот период стал ездить в командировки, «там предчувствие было: чувствовал, что-то плохое, было как-то на душе тяжело». Когда вернулся, то дома на замшевом пальто увидел большое пятно спермы. При этом оговаривается, «хоть бы спрятала, чтобы я не видел», раздражаясь, добавляет, а то «все напоказ развесила». В период следующей командировки жена звонила ему на телефон, «как-то необычно», спрашивала, когда вернется. Понял, что она опять собирается изменить, «терзался сомнениями», с кем. Тут же оговаривается, что жену, как «облупленную», знает, особенно когда она обманывает его, «поскольку при этом начинает говорить очень быстро и голос у нее трясется», отмечает, что ее сразу «разоблачить» может. Когда ехал домой, было тяжело на душе, стал следить за ней. Говорит, что неоднократно видел, как брат проезжает в сторону клуба, где работала жена, из чего понял, что они встречаются. Про случай с машиной объясняет, что в тот день видел, как Алексей проехал на машине второго брата и поэтому решил найти «улики». «Долго шел» к тому, что это именно Алексей, подозревал и других мужчин, но все сходилось именно на брате. Спрашивал у жены о ее отношениях с братом, она все отрицала. Раздражаясь, заявляет, что о брате думала даже, когда чай пила, «размешивала ложечкой, а по ее глазам, выражению лица видно, что все

мысли ее только об этом (интимных отношениях)». Отмечает, что когда вместе ехали на машине, замечал, как «голова жены автоматически поворачивается в те места, где у нее были интимные отношения». Говорит, что последние две недели до правонарушения практически все время думал, мерз, ходил летом в шерстяных носках, не спал: «Только закрою глаза и смотрю про них (жену и брата) кино в голове, где они обнимаются и занимаются сексом. Душа болела, сердце болело, не знал, куда свою злость деть, днем отвлекался, а ночью опять все наплывало. Тяготили мысли, не знал, как от них отделаться». При этом несколько стесняется своих высказываний. Говорит, что ночь перед правонарушением была вообще особенная, даже вздремнуть не мог. Утром пошел в клуб, где была жена. Стал рассказывать милиционеру «о семейных проблемах», подошла жена схватила за рукав, произошла ссора, ударил ее. Тогда сел в машину, съездил домой, взял ружье и поехал к брату. Хотел «наказать» его, «прострелить одно место, чтобы неповадно было». Увидев его, выстрелил два раза, и уехал. Отмечает, что «сразу стало как-то легко», чувствовал облегчение оттого, что наказал обидчика. Около клуба, увидел жену и участкового милиционера, остановился около них, что было потом, не помнит. Говорит, что выпивал спиртное, чтобы успокоиться, потому что всего трясло. А кто был еще на огороде, не знает, видел только брата. Говорит, что лицо его было какое-то необычное, желтое. В отделении милиции, когда узнал, что брат умер, расстроился, «хотел ведь только инвалидом сделать». Но при этом отмечает, что о случившемся не жалеет, «не мог больше терпеть», сделал то, что «был должен». Переживает о том, как на него теперь соседи смотреть будут. Говорит, что после возвращения жить с женой уж точно не будет. При этом со злостью говорит, что сейчас еще раз проанализировал ситуацию и понял, что измены жены с братом начались еще задолго до произошедшего «наверное, за год», просто тогда «на всякие мелочи» внимания не обращал.

В отделении подэкспертный был общителен по мере необходимости. Выборочно смотрел телевизионные передачи. Порядка отделения не нарушал. Мышление некорригируемое. Суждения непоследовательные, парало- гичные. Эмоциональные реакции не всегда адекватные. Память и интеллект не нарушены. Критическая оценка своего состояния и сложившейся судебноследственной ситуации грубо нарушена. Комиссия пришла к заключению, что у А. имеется параноидное расстройство личности, состояние декомпенсации. Об этом свидетельствуют данные анамнеза и настоящего клинического обследования о присущих подэкспертному таких патохарактерологических особенностях, как скрытность, ранимость, обидчивость, злопамятность, раздражительность, прямолинейность, завистливость со склонностью к самовзвинчи- ванию и предрасположенностью к системным построениям.

На протяжении жизни у подэкспертного неоднократно возникали состояния декомпенсации в условиях значимых для него психотравмирующих

обстоятельств, связанных с семейными отношениями. Такие состояния, начиная с 27 лет, проявлялись появлением доминирующих идей супружеской неверности и временным их смягчением — компенсировались под влиянием изменений «микросреды» (семейной, трудовой). Вследствие этого на протяжении длительного времени поведение А. оставалось относительно упорядоченным, и он не попадал в поле зрения психиатров. За полгода до убийства при отсутствии интимных отношений с женой декомпенсация приняла затяжной характер: сформировался несвойственный ему прежде устойчивый комплекс сверхценных идей ревности, которые постепенно трансформировались в систематизированные бредовые идеи ревности, направленные против конкретных лиц (жена и брат) с овладевающими представлениями (в виде ярких сцен супружеской неверности) при усложнении и расширении фабулы бреда в последующем. Указанные расстройства психики А., лишавшие его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, а также наличие у А. в настоящее время систематизированных бредовых идей ревности с расширяющейся фабулой, нарушениями мышления, паралогичностью и непоследовательностью суждений, неадекватность эмоциональных реакций с аффективной зараженностью, напряженностью, подозрительностью отсутствием критики обусловливают необходимость рекомендации ему принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Шизоидное расстройство личности. Данное расстройство характеризуется следующими чертами личности: неспособностью переживать удовольствие (ангедония); эмоциональной холодностью, отчужденностью, неспособностью проявлять теплые или неприязненные чувства к другим; слабой реакцией на похвалу и порицания; незначительным интересом к сексуальным контактам с другими; склонностью к фантазированию и интроспекции (самонаблюдению, погружению в собственный внутренний мир); неизменное предпочтение уединенной деятельности; недостатком близких, доверительных связей с другими людьми (или наличие лишь одной) при отсутствии желания иметь такие связи; затруднением в понимании и усвоении превалирующих, общепринятых социальных норм и условий, что проявляется эксцентричными поступками. Наиболее заметна такая черта характера, как замкнутость и необщительность (с детства предпочитают играть одни). Эти лица живут преимущественно своими необычными интересами и увлечениями, в которых могут достигать успехов (уникальные сведения в какой-либо узкой проблеме, глубокие познания в философских и религиозных вопросах, необычные коллекции и др.). Внутренний мир таких лиц закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями. При внешней неамбициозности и несексуальности фантазии могут быть честолюбивыми или эротическими. По образному выражению Э. Кречмера, «многие шизоидные люди подобны лишенным украшений римским домам, виллам,

ставни которых закрыты от яркого солнца; однако в сумерках их внутренних покоев справляются пиры». Особенно трудно шизоиду проникнуть в душевный мир других людей, гораздо труднее, чем, наоборот, быть понятым ими. Это зависит от отсутствия у большинства шизоидов того, что Э. Кречмер называл «аффективным резонансом». В общении с окружающими эмоциональная сдержанность может выглядеть как холодность, при сильных и глубоких внутренних переживаниях. Трудность установления неформальных эмоциональных контактов проявляется неумением понять чужие желания, опасения, переживания. Склонны к эксцентричному поведению — не любят поступать «как все». Тяжело переносят насильственное вторжение посторонних в свой внутренний мир.

Диссоциалъное расстройство личности. Это личностное расстройство, характеризующееся грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами. Характеризуется следующими признаками: равнодушие к чувствам других и недостаточная способность к сопереживанию; грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными нормами, правилами и обязанностями; неспособность поддерживать устойчивые отношения с другими при легкости их установления; низкая толерантность к фрустрации (при невозможности получить желаемое на свои завышенные запросы); низкий порог разряда агрессивных вспышек, включая жестокость и насилие; отсутствие чувства вины и неумение извлекать опыт из прошлого, в особенности из наказаний; выраженная склонность во всем обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему к конфликтам с обществом. Ведущая черта — постоянная жажда легких развлечений и наслаждений, праздный образ жизни с уклонением от всякого труда, учебы, выполнения любых общественных и семейных обязанностей. С подросткового возраста подобные лица втягиваются в асоциальные компании, приобщаются к алкоголю, наркотикам. Сексуальная жизнь служит лишь источником для наслаждений, поскольку они не способны влюбляться или привязываться к близким, друзьям. Подобные лица живут сегодняшним днем и не строят никаких долгосрочных планов. При этом проявляются слабоволие и трусливость — стараются избегать любых трудностей или неприятностей, какой-либо ответственности. Плохо переносят одиночество, вне компании не способны сами себя чем-нибудь занять, раздражительны. Подобный стиль поведения усугубляется при отсутствии строгого контроля и присмотра.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности. Главные проявления — неустойчивость настроения, чрезмерная возбудимость, импульсивность, взрывчатость, конфликтность со сниженной способностью прогноза и планирования. Вспышки интенсивного гневливого аффекта характеризуются злобностью и интенсивностью, часто приводят к насилию либо «поведенческим взрывам» с психомоторным возбуждением, вербальной

агрессией и разрушительными действиями. Они легко провоцируются, в том числе когда импульсивные акты осуждаются окружающими либо им препятствуют. Возбудимые психопаты вступают в конфликты с окружающими по самым ничтожным поводам, без учета ситуации, часто во вред себе, не могут контролировать свое поведение. В ссорах моментально переходят на крик, оскорбления, устраивают драки, не соразмеряя собственные силы с возможностями соперника. На работе вступают в открытые конфликты с подчиненными, начальством, из-за чего страдает продвижение по службе, наживают себе врагов. Часто держат в страхе членов семьи, прибегают к рукоприкладству, подвергают детей телесным наказаниям. Настроение меняется без видимой причины, временами приобретая дисфори- ческую окраску, в связи с чем изыскиваются незначительные поводы для ссоры. Взрывные реакции интенсивные, но недолгие, и после очередного конфликта наступает временная эмоциональная разрядка и успокоение. Устойчивые межличностные связи устанавливают с трудом, окружающие сторонятся их, опасаясь конфликтов. Лица этого типа болезненно переносят эмоциональное отвержение и любые психосоциальные стрессы, склонны к импульсивным самоповреждениям и суицидам. Подобные психопаты легко выполняют работу, не требующую больших усилий и затрат времени, но с трудом справляются с работой, требующей длительной концентрации внимания, усидчивости. При неврологическом обследовании у лиц этого типа нередко выявляются признаки резидуальной церебрально-органической недостаточности. Выделяются две разновидности этого личностного расстройства, в основе которых лежат импульсивность и отсутствие самоконтроля:

- • *эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип.*Преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие контроля импульсивности. Вспышки жестокости и угрожающего поведения обычны, особенно в ответ на осуждение окружающих;
- • *эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип.*Имеются некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости, а кроме того, образ «Я», намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены, для них характерно хроническое чувство опустошенности. Включение в напряженные отношения может привести к эмоциональной неустойчивости и возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя все это может иметь место и без явных провоцирующих факторов).

Истерическое расстройство личности. Характеризуется склонностью к самодраматизации, театральностью поведения, преувеличенным выражением эмоций; внушаемостью и самовнушаемостью, легкой податливостью

влиянию других; поверхностной и лабильной эмоциональностью; эгоцентричностью с постоянным стремлением к признанию со стороны окружающих и поведением, привлекающим внимание. Подобные лица не замечают собственных недостатков и не считаются с интересами других; отмечаются неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении, чрезмерная озабоченность своей физической привлекательностью. Желая быть высоко оцененными, характеризуются легкой уязвимостью; жаждут ситуаций, где можно быть в центре внимания при постоянном манипулятивном поведении (любые подтасовки), чтобы добиться своих целей. Среди перечисленных патологических черт характера наиболее ярко выражены постоянное желание быть в центре внимания, демонстративность, претенциозность, стремление замкнуть на себя внимание окружающих и манипулировать ими в своих интересах. С этой целью прибегают к демонстративным псев- досуицидальным попыткам, играют роль больного для получения внимания и заботы окружающих. Внушаемость, нередко ярко демонстрируемая, носит избирательный характер: внушить можно лишь то, что не противоречит эгоцентрическим установкам пациентов. При этом уровень притязаний существенно завышен: жаждут гораздо большего, чем позволяют способности и возможности.

Истерические личности чувствительны к ситуациям, представляющим их в невыгодном свете, ущемляющим их честь и достоинство, к сексуальным коллизиям. В подобных случаях у них легко возникают различные истероконверсионные нарушения: от ощущения кома в горле, внутреннего дрожания, «ватности» в ногах, явлений афонии до более грубых истерических нарушений: астазии-абазии, парезов, параличей. Под влиянием тяжелых психических травм могут развиваться диссоциативные расстройства сознания (истерические психозы) — сумеречные расстройства сознания, псевдодеменция.

Ананкастное (*обсессивно-компулъсивное*) *расстройство личности.*Характеризуется чрезмерной склонностью к сомнениям, осторожностью, нерешительностью, избыточной предусмотрительностью в отношении возможного негативного для себя хода событий; перфекционизмом (стремлением всегда достигать наивысших результатов, все сделать лучшим образом независимо от значимости дела), что препятствует завершению задач; потребностью повторно перепроверять сделанное; крайней озабоченностью в отношении пустяковых деталей, правил, перечней, графиков и утратой широкой перспективы; чрезвычайной добросовестностью, скрупулезностью, озабоченностью в ущерб удовольствию и межличностным связям; педантизмом и соблюдением условностей, ригидностью и упрямством, настаиванием, чтобы другие подчинялись установленному ими порядку; появлением нежелательных мыслей и побуждений, которые, однако, не достигают степени тяжелой

навязчивости; потребностью планировать всякую деятельность наперед в самых незначительных деталях.

Навязчивые мысли, ритуалы, опасения, придуманные «приметы» и «запреты» у таких лиц присутствуют почти постоянно, то усиливаясь, то ослабевая (например, для определенных случаев надевать одну и ту же одежду, ходить по одному маршруту, не прикасаться ни к чему черному и т.п.). Педантизм, стремление все предусмотреть и запланировать в малейших мелочах, детальное соблюдение правил служат своего рода гиперкомпенсацией при постоянных опасениях за свое будущее и будущее своих близких. Утрированно могут проявляться и другие компенсаторные механизмы: нерешительность при каком-либо принятом решении оборачивается нетерпеливостью, застенчивость — неожиданной безапелляционностью. Данный тип личностного расстройства обычно проявляется со школьных лет, но углубляется, когда пациенты начинают жить самостоятельно и нужно нести ответственность за себя и своих близких.

Тревожное (уклоняющееся) *расстройство личности.* Характерны постоянное чувство внутреннего напряжения и тревоги, тяжелые предчувствия; застенчивость и представления о своей социальной несостоятельности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим, чувство собственной неполноценности, неуверенности в себе, постоянные попытки понравиться и быть принятым другими; повышенная чувствительность к критике со стороны или отвержению в социальных ситуациях; склонность к отказу вступать во взаимоотношения с окружающими, пока не появится уверенность, что не будут подвергнуты критике; ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности; узкий круг личных привязанностей; тенденция преувеличивать потенциальную опасность и риск каждодневных ситуаций, избегая некоторые из них, что, однако, не достигает устойчивых фобий (навязчивых опасений); ограничения в образе жизни, что позволяет чувствовать себя в безопасности; уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критики, неодобрения или отвержения. Высокая впечатлительность и чувство собственной неполноценности составляют две главные черты. В себе пациенты видят множество недостатков и поэтому страшатся быть осмеянными и подвергнутыми осуждению. Замкнутость у них внешняя — следствие дистанцирования от чужих людей и незнакомых ситуаций. С теми, к кому привыкли и кому доверяют, могут быть достаточно общительны. Субъективно невыносимой может оказаться обстановка, в которой они становятся объектом порицания и недоброжелательного внимания окружающих, когда ставится под сомнение их репутация или они подвергаются несправедливым обвинениям. Склонны к депрессивным реакциям с суицидальными тенденциями, способны на неожиданные

поступки, ведущие к тяжким последствиям (вплоть до нанесения увечий или убийства обидчиков).

Зависимое расстройство личности. Для этих лиц характерна склонность по большей части важных решений в своей жизни активно или пассивно перекладывать ответственность за себя на других и целиком подчинять свои потребности интересам того, от кого они зависят, пренебрегая собственными желаниями. Себя оценивают как беспомощных, некомпетентных и не обладающих жизнестойкостью. Они не желают предъявлять даже разумные требования людям, от которых находятся в зависимости. Таким субъектам присущи страх остаться в одиночестве и постоянная потребность в успокоении в этом отношении. Они чувствуют себя опустошенными и беззащитными, когда обрываются связи с теми, от кого зависели. При этом ответственность за несчастья перекладывается на других. Присутствует ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и поддержки со стороны других лиц. Настроение неустойчивое, с преобладанием пессимистических предчувствий, слезливости. Плохо переносят умственное и физическое напряжение, яркие раздражители (свет, шум и т.д.). Боятся и избегают дополнительных нагрузок, часто без достаточных оснований чувствуют себя усталыми, бессильными, разбитыми. Легко ранимы, чрезмерно чувствительны к обидам. В сложных ситуациях занимают пассивно-оборонительное положение. По малозначительным поводам социально-стрессового или соматического характера легко возникают клинически оформленные астенические, астено-депрессивные симптомокомплексы, ипохондрические нарушения. Зависимо-астенические свойства личности нередко сочетаются с астеническим типом соматической конституции, вегетативной лабильностью. В связи с этим подобные личности склонны к артериальной гипотонии, вегетативным дисфункциям, респираторным инфекциям.

Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга.

Это расстройства личности и поведения, которые развились у человека без предшествующего личностного расстройства в результате стрессов или после психического заболевания. Они носят постоянный характер, нарушают обычный стереотип жизни, и этиологически могут быть прослежены глубокие и экзистенциальные экстремальные переживания.

Хроническое изменение личности после переживания катастрофы. Может формироваться в результате пребывания в концентрационных лагерях, пыток, насилия, стихийных бедствий, длительных угрожающих жизни обстоятельств. Проявляются в нарушениях адаптации в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании. Отмечается наличие таких не наблюдавшихся ранее признаков, как враждебное или недоверчивое

отношение к миру, социальная отгороженность, ощущение опустошенности и безнадежности, хроническое чувство постоянной угрозы, отчужденность. Данное состояние должно фиксироваться на протяжении минимум 2 лет.

Хроническое изменение личности после психической болезни. Не всегда ясно, является изменение личности результатом самой болезни или это реакция здоровой личности на перенесенную патологию. Хроническое изменение личности с дезадаптирующим типом переживаний и функционирования ведет к длительному нарушению в межличностной, социальной и профессиональной сфере и субъективному дистрессу. Изменения личности развиваются вслед за клиническим выздоровлением от психической болезни, которая может переживаться как эмоционально-стрессовая и разрушающая индивидуальный образ «Я». Отмечаются чрезмерная зависимость и требовательное отношение к другим, убежденность, что болезнь оставила свой неизгладимый отпечаток, мешающий общаться и устанавливать глубокие отношения. Присутствуют жалобы на плохое настроение, пассивность, снижение интересов.

Расстройства привычек и влечений, не связанные с сексуальной сферой.

Этиология данных расстройств до конца неизвестна, хотя существуют указания на генетические факторы, значение личностных черт и особенностей воспитания. Иногда причиной являются скрытые аффективные нарушения (тревога, мании, депрессии). Возможны также пароксизмальные механизмы разрядки влечения. Характеризуются повторяющимися поступками, обусловленными сверхценными влечениями и привычками без ясной рациональной мотивации, которые противоречат интересам самого пациента и окружающих. Влечение не контролируется пациентом и носит компульсивный, насильственный характер. Отмечается снижение напряженности после реализации влечения. Расстройства привычек и влечений могут быть отдельными расстройствами или симптомами при иной психической патологии.

Патологическая склонность к азартным играм (лудомания). Расстройство проявляется в частых повторных эпизодах участия в азартных играх. Данное влечение доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению профессиональных, материальных и семейных ценностей. Пациенты рискуют своей работой, делают большие долги, нарушают закон для того, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. При патологической склонности к азартным играм имеют место яркие насильственные представления об игре, которые овладевают личностью, а также навязчивые мысли и представления акта игры и тех обстоятельств, которые сопутствуют этому акту. Основной признак — постоянно повторяющееся участие в азартной игре, продолжающееся и углубляющееся,

несмотря на тяжелые социальные последствия — потерю денежных средств и имущества, нарушения внутрисемейных отношений и личной жизни.

Патологические поджоги (пиромания). Это расстройство характеризуется множественными актами или попытками поджогов собственности либо других объектов без очевидных мотивов, а также размышлениями о предметах, относящихся к огню и горению. Может обнаруживаться аномальный интерес к противопожарным машинам и оборудованию, к другим предметам, имеющим отношение к огню и к вызову пожарной команды. Основными признаками являются повторные поджоги без очевидных мотивов, таких как: получение денег, месть или политический экстремизм; повышенный интерес к виду огня; чувство возрастающего напряжения перед поджогом и сильного возбуждения сразу же после него. Пироманию следует отличать от намеренного поджигательства с очевидными мотивами; поджигательства подростками с нарушением поведения, когда имеются другие нарушения поведения (например, кражи, агрессия, прогулы); поджигательства взрослыми с диссоциальными личностными нарушениями, у которых имеются стойкие нарушения социального поведения, такие как агрессия или другие проявления равнодушия к интересам и чувствам других людей; поджогов при шизофрении, когда они становятся следствием бредовых идей или приказов «голосов»; поджогов при органических психических расстройствах как результата спутанности, плохой памяти, недостаточного осознавания последствий или комбинации этих факторов.

Патологическое воровство (клептомания). В этом случае человек периодически испытывает влечение к краже предметов, что не связано с личной необходимостью в них или материальной выгодой. От предметов потом могут отказываться, выбрасывать их или оставлять про запас. Пациент обычно описывает нарастающее чувство напряжения перед актом воровства и чувство удовлетворения во время или сразу после него. Обычно имеют место слабые попытки скрыть воровство, но для этого используются не все возможности. Воровство совершается в одиночку, без соучастников. Между эпизодами воровства больные могут испытывать тревогу, уныние и чувство вины, но это не предупреждает рецидивы. Патологическое воровство следует отличать: от повторяющегося воровства в магазинах без явного психического расстройства, когда эти поступки более тщательно спланированы и имеется отчетливая мотивация, связанная с личной выгодой; органического психического расстройства, когда больной периодически не платит за товары из-за плохой памяти и интеллектуального снижения; депрессивного расстройства с воровством (некоторые депрессивные больные могут неоднократно совершать кражи, пока сохраняется депрессивное расстройство).

Расстройства половой идентификации.

Транссексуализм. Проявляется ощущением собственной принадлежности к противоположному полу. Желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола обычно сочетается с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу. Для диагностики данного расстройства необходимо наличие стойкой транссексуальной идентификации по крайней мере в течение 2 лет, что не должно быть симптомом другого психического заболевания, такого как шизофрения, или дополнительным признаком каких-либо генетических аномалий. Следует отметить, что у транссексуалов обычно расстройства половой идентификации наблюдаются в уже детском возрасте.

Трансвестизм двойной роли (трансролевое поведение) — ношение одежды противоположного пола как часть образа жизни с целью получения удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, но без малейшего желания более постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекции. Переодевание не сопровождается возбуждением, что отличает данное расстройство от фетишистского трансвестизма.

Расстройства сексуального предпочтения (парафилии).

Необходимо отметить, что в международной классификации МКБ-10 в настоящее время гомосексуализм не относят к рубрике парафилий (половых извращений), и он рассматривается в следующей рубрике (F66 «Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией»).

Фетишизм. Расстройство заключается в использовании какого- либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу (например, предметы одежды или обуви). Другая часть характеризуется особым материалом, таким как резина, пластик или кожа. Фетиши могут варьировать в их значимости для индивидуума. В некоторых случаях они просто служат для повышения сексуального возбуждения, достигаемого обычным путем (например, переодевание своего партнера в какую-нибудь особую одежду). Фетишизм может быть диагностирован, лишь если фетиш является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или необходим для удовлетворительного сексуального ответа. Фетишистские фантазии встречаются часто, но они не считаются расстройством до тех пор, пока не приводят к ритуальным действиям, которые являются столь непреодолимыми, что препятствуют осуществлению полового акта и

вызывают страдания у самого индивидуума. Фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

Фетишистский трансвестизм — надевание одежды противоположного пола главным образом для достижения сексуального возбуждения. Это расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма на основании того, что фетишистские предметы или одежда не только надеваются, но и используются таким образом, чтобы сделать внешность субъекта похожей на внешность, свойственную противоположному полу. Обычно надевается больше одного предмета; часто это полный комплект одежды, включая парик и косметику. Фетишистский трансвестизм отличается от транссексуального трансвестизма своей четкой связью с сексуальным возбуждением и сильным желанием снять одежду после достижения оргазма и снижения сексуального возбуждения. Фетишистский трансвестизм обычно выступает в качестве ранней фазы у транссексуалов, и, вероятно, в этих случаях он представляет собой стадию в развитии транссексуализма.

Эксгибиционизм — периодическая или постоянная наклонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола), как правило, в общественных местах, без предложения или намерений более близкого контакта. Обычно (но не всегда) во время демонстрации имеет место половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией. Эта наклонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, чередуясь с длительными периодами без подобного поведения. При садистическом типе эксгибиционизма пациент получает максимальное удовлетворение, видя страх (испуг) жертвы. При мазохистическом типе больной получает максимальное удовлетворение при агрессивной реакции жертвы.

Вуайеризм — периодическая или постоянная наклонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или «интимными делами», такими как раздевание. Это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы.

Педофилия. При данном расстройстве сексуальное предпочтение обычно отдается детям препубертатного или раннего пубертатного возраста. Некоторых педофилов привлекают только девочки, других — только мальчики, а третьи интересуются детьми обоего пола. Педофилия у женщин выявляется редко. Контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста социально не одобряются, особенно если их участники одного пола, но они не обязательно связываются с педофилией. В отдельных случаях, особенно если виновник сам юношеского возраста, это не свидетельствует о наличии постоянной или доминирующей наклонности, необходимой для постановки диагноза. Однако к педофилам относятся

мужчины, которые, предпочитая взрослых сексуальных партнеров, из-за постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, привычно обращаются к детям в качестве замены. Мужчины, которые сексуально посягают на собственных детей препубертатного возраста, иногда обращаются также к другим детям, и в тех и в других случаях их поведение определяется как педофилия[1].

Садомазохизм — предпочтение сексуальной активности, включающее в себя причинение боли или унижения. Если индивидуум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции, это называется мазохизмом; если же он предпочитает быть ее источником — садизмом. Часто индивидуум получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности. Слабые проявления садомазохистской стимуляции нередко используют для усиления в остальном нормальной сексуальной активности. Эта диагностическая категория может использоваться лишь в тех случаях, когда садомазохистская активность является доминирующим источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения. Сексуальный садизм часто трудно отграничить от проявлений в сексуальных ситуациях жестокости или гнева, не связанных с половым чувством. Диагноз может легко устанавливаться там, где насилие необходимо для эротического возбуждения.

Множественные расстройства сексуального предпочтения. Иногда у одного человека наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения без четкого преобладания какого-либо из них. Наиболее часто сочетаются фетишизм, трансвестизм и садомазохизм.

Могут соединяться множество других видов нарушения сексуального предпочтения и сексуальной активности, каждый из которых встречается относительно редко. В их числе непристойные телефонные звонки, прикосновения к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (фроттаж), сексуальные действия с животными; сдавление кровеносных сосудов или удушение для усиления полового возбуждения; предпочтение партнерам с какими-либо особыми анатомическими дефектами, например с ампутированной конечностью, сексуальное влечение к трупам (некрофилия). Эротическая практика также разнообразна, и многие ее отдельные виды встречаются слишком редко, чтобы было целесообразным использовать специальный термин для каждого из них. Глотание мочи, пачкание испражнениями, уколы кожи или сосков могут быть частью поведенческого репертуара при садомазохизме. Часто встречаются различного рода мастурбаторные ритуалы. Однако крайние степени подобной практики, такие как вставление предметов в прямую кишку либо мочеиспускательный канал полового члена или неполное самоудушение при сексуальных контактах, относятся к патологии.

- [1] В настоящее время, со вступлением в силу Федерального закона от 29.02.2012№ 14-ФЗ установление расстройства сексуального предпочтения в форме педофилии(путем проведения СПЭ), не исключающего вменяемости, у лица, достигшего 18 лет,совершившего сексуальное преступление в отношении потерпевшего, не достигшего14 лет, влечет за собой специфические правовые последствия для обвиняемого, о чемговорилось в гл. 5, 8 и 9 учебника.

Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией.

В современных классификациях сама по себе ориентация по полу не рассматривается в качестве расстройства (гомосексуализм был исключен из перечня психических и поведенческих расстройств сначала в американской национальной классификации — DSM-III, а затем и в международной). В качестве расстройств рассматривается не сама сексуальная ориентация, а психологические проблемы, которые могут ей сопутствовать, а именно: пациент страдает от сомнений в собственной половой принадлежности или ориентации по полу, что приводит к тревоге или депрессии. Наиболее часто это имеет место в юношеском возрасте у лиц, которые не уверены в том, являются ли они гомосексуальными, гетеросексуальными или бисексуальными; или у лиц, которые после периода явно стабильной ориентации по полу (часто со стабильными отношениями) обнаруживают, что их ориентация по полу изменяется. Или же в случае если половая принадлежность или сексуальное предпочтение не вызывают сомнения, однако индивидуум хочет, чтобы они были другими по причине иных имеющих место у него психологических или поведенческих расстройств, и может искать лечение с целью изменить их (эгодисто- ническая ориентация по полу). Противоположный вариант — когда собственная сексуальная ориентация для индивидуума полностью приемлема, и он не испытывает от нее никакого дискомфорта (эгосинто- нический вариант) — в МКБ-10 к патологии не относится.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Субъекты с патологией личности и влечений составляют заметную часть среди контингента, проходящего судебно-психиатрическую экспертизу. В большинстве случаев они признаются полностью вменяемыми. В то же время при выраженных патохарактерологических нарушениях способность к произвольной регуляции поведения может быть существенно ослаблена, что определяет применение ст. 22 УК. При проведении судебно-психиатрической экспертизы необходимо учитывать степень выраженности психических расстройств и особенности совершенных правонарушений. Противоправные действия обычно совершают лица с эмоционально неустойчивым, параноидным, диссоциальным, истерическим расстройствами личности. При

этом существует определенная связь между клиническими вариантами расстройств личности и характером противоправного поведения. Так, нарушения общественного порядка наиболее часто совершают лица с эмоционально неустойчивой и истерической формами личностной патологии, агрессивные целенаправленные действия — лица с параноидным личностным расстройством.

При совершении уголовно наказуемых деяний пациенты с личностной патологией в подавляющем большинстве случаев признаются вменяемыми, за исключением случаев глубокой декомпенсации, которая носит психотический характер, как правило, у лиц с параноидным личностным расстройством. В этих случаях могут возникать определенные трудности, поскольку необходимо отграничивать параноидные (бредовые) идеи от сверхценных. Сверхценные идеи, хотя и могут носить овладевающий характер и в значительной степени определять поведение индивида, тем не менее не влекут структурных нарушений осознания взаимосвязи явлений окружающей действительности и представляют собой крайний вариант нормы. Диагностика бредового расстройства при глубокой декомпенсации личностной патологии влечет за собой констатацию неспособности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий. Вопрос о дееспособности лиц с личностной патологией и законности совершенных ими сделок возникает крайне редко. Необходимость в проведении судебно-психиатрических экспертиз по определению сделкоспособности может возникнуть в некоторых случаях при параноидном расстройстве личности и глубокой декомпенсации расстройства на момент заключения сделки. Здесь учитывается психическое состояние в определенный период времени, поскольку состояния декомпенсации являются преходящими.

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с расстройствами влечений имеет свою специфику. Если патология влечений включена в структуру иного, более тяжелого психического расстройства, заключение о способности пациента в случае совершения им противоправного деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий определяется глубиной и выраженностью основной психической патологии. В тех случаях, когда расстройства влечения носят моносимптоматический характер, могут возникать определенные трудности в их судебно-психиатрической оценке. В случае если совершенное деяние определялось расстройством влечений (например, сексуальный деликт), необходим тщательный психопатологический анализ состояния лица в период правонарушения, его особенностей и динамики. Заключение о неспособности лица (если речь идет об уголовно наказуемом деянии) осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий возможно в тех случаях, когда расстройство влечений настолько выражено, что полностью нарушает способность лица к произвольной регуляции поведения,

и деликт совершен, по сути, в психотическом состоянии. Вопрос о дееспособности лиц с патологией влечений (как моносимптома) обычно не возникает, но в некоторых случаях речь может идти о действительности сделок, совершенных данными лицами.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Каковы этиология и основные клинические проявления расстройств личности?
- 2. Перечислите основные формы расстройств личности и укажите в чем заключается их клиническое своеобразие.
- 3. Укажите клинические формы расстройств половой идентификации и сексуального предпочтения (парафилий).
- 4. Каковы принципы судебно-психиатрической оценки расстройств личности и парафилий?

Литература

Имелинский К. Сексология и сексопатология. М., 1986.

Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. Т. 2. М., 1999. С. 558—

607.

Смулевич А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М. : МедПресс, 2009.

Ткаченко А. А. Сексуальные извращения — парафилии. М., 1999.

Циркин С. Ю., Кулыгина М. А. Характерологические типы личности и стиль взаимодействия с пациентом в процессе психотерапии // Российский психиатрический журнал. 1998. № 2. С. 44—48.

Руководство по судебной психиатрии : практ. пособие / под ред. А. А. Ткаченко. 2-е изд. перераб. и доп., 2017.

Шостакович Б. В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике. М., 2006.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ВРОЖДЕННОЕ СЛАБОУМИЕ)

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен: *знать*

- • основные клинические проявления умственной отсталости;
- • судебно-психиатрическое значение умственной отсталости; *уметь*
- • определять основные клинические проявления умственной отсталости;

- • выделять этиологию, патогенез умственной отсталости;
- • устанавливать юридически значимые клинические проявления умственной отсталости;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки умственной отсталости.

Умственная отсталость *(mental retardaion),* или **олигофрения** (от греч. *oligos* — малый, *phren* — ум), представляет собой врожденное или рано приобретенное (до 3 лет) слабоумие, которое выражается в недоразвитии психики. В современной психиатрии рассматриваются вопросы врожденного слабоумия (олигофрения, умственная отсталость) как непрогредиентной аномалии развития головного мозга, проявляющейся в сниженной (в разной степени) способности к познавательной деятельности и абстрактному мышлению. У таких лиц нарушены все стороны психической деятельности (восприятие, мышление, память, речь, эмоции, критика, воля и др.), но главным образом — познавательные способности и мыслительная деятельность.

Актуальность проблемы умственной отсталости обусловлена неясностью во многих случаях ее причин, разнообразием клинических проявлений, частотой встречаемости. Социально-правовая значимость этой группы больных определяется малой эффективностью лечебнореабилитационных мероприятий, существенным социально-экономическим бременем для общества. Умственная отсталость от собственно психических заболеваний отличается отсутствием прогредиентности, т.е. характерного для большинства других психических расстройств прогрессирующего нарастания тяжести болезненной симптоматики.

Распространенность. Данные о распространенности олигофрений противоречивы. По данным Всемирной организации здравоохранения (1995), умственная отсталость широко распространена во всем мире и обнаруживается у 1—3% населения, причем происходит накопление в населении лиц с врожденной умственной недостаточностью, что связывают, с одной стороны, с ухудшением экологической ситуации, загрязнением окружающей среды, а с другой — с повышением качества медицинской помощи и ростом выживаемости детей с пороками развития. По расчетам комитета экспертов ВОЗ, прогнозируется возможность сокращения частоты тяжелой умственной отсталости при сохранении общего числа больных (до З—5% населения). Следует отметить, что чем выше социально-экономическая дифференциация общества, тем выше выявляемость умственной отсталости.

Причинами умственной отсталости выступают наследственные факторы и внешние вредные воздействия на плод во внутриутробный период его развития, во время родов и на ранних этапах развития ребенка. К внешним (экзогенным) причинам относятся: интоксикации, инфекционные заболевания, тяжелые соматические заболевания матери в период беременности, механические повреждения плода во внутриутробном периоде и во время родов, инфекционные или эндокринные заболевания ребенка на ранних этапах его жизни, приводящие к нарушению развития головного мозга. Возможно сочетанное воздействие наследственных и средовых факторов.

От умственной отсталости необходимо отличать задержки психического развития (патологические состояния, проявляющиеся недостаточным развитием интеллекта и психики в целом и связанные с неблагоприятными биологическими и социальными факторами на более поздних этапах развития ребенка, при этом сохраняется потенциальная возможность их дальнейшего развития). Отдельно рассматриваются и искажения психического развития (связанные с неравномерностью психофизического развития — например инфантилизмом, акселерацией и т.п.), которые объединяют патологию психического развития с изменением последовательности, темпа созревания психических функций (психический дизонтогенез).

В настоящее время известно порядка 300 различных наследственно обусловленных заболеваний, сопровождающихся умственной отсталостью. Среди хромосомных аномалий можно назвать болезнь Дауна, формы, связанные с нарушением обмена веществ (фенилкетонурия, галактоземия).

Из внешних причин, которые могут оказать повреждающее воздействие на центральную нервную систему плода во внутриутробный период развития, наиболее важными считаются вирусные инфекции (краснуха, грипп, инфекционный гепатит и т.д.). Имеются многочисленные данные о роли токсоплазмоза и сифилиса в возникновении умственной отсталости. Патогенное влияние на плод могут оказывать алкогольная и в особенности наркотическая интоксикация, различные медикаментозные средства, которые мать употребляла во время беременности. Вызывать повреждение мозга при врожденном слабоумии могут внутриутробное кислородное голодание (гипоксия) и родовая травма. К гипоксии плода и нарушению его развития могут привести тяжелые хронические заболевания матери во время беременности (сердечно-сосудистая недостаточность, болезни крови, почек, эндокринные заболевания и т.д.). По данным различных авторов, удельный вес наследственно обусловленных форм умственной отсталости меньше, чем обусловленных внешними неблагоприятными воздействиями (экзогенных). Современный уровень знаний позволяет четко установить причину только для 35% олигофрений. Формы с неустановленной этиологией называют

недифференцированными, или идиопатическими. Их доля будет снижаться по мере накопления научных знаний о причинах (этиологии) и механизмах развития (патогенезе) умственной отсталости. Таким образом, причины умственной отсталости многообразны и связаны с наследственными и экзогенно-органическими факторами. Патологическое состояние возникает в результате влияния одного из этих факторов либо в результате сложного взаимодействия многих патологических воздействий.

Клиника. Несмотря на кажущуюся простоту в диагностике, клиническая картина проявления умственной отсталости многообразна, что связано с различной степенью психического недоразвития и дополнительными психопатологическими проявлениями. Невзирая на недоразвитие всей психики, в первую очередь страдают эволюционно более молодые психические функции, такие как мышление и речь, а эволюционно более древние — элементарные функции психики, инстинкты — остаются более сохранными. Процессы мышления характеризуются слабостью абстрагирования с преобладанием конкретных связей и ассоциаций, невозможностью отвлеченного и недостаточностью логического мышления. Лишь при легкой степени умственной отсталости может иметь место крайне ограниченная способность к аналитическому и синтетическому мышлению.

Наряду с этим отмечается слабость активного, целенаправленного произвольного внимания, оно с трудом привлекается, легко рассеивается, слабо фиксируется, что в целом сужает восприятие, затрудняет анализ зрительных, слуховых и кинестетических ощущений, поступающих из окружающей среды. Все это не позволяет больным активно и избирательно постигать, осознавать явления и свойства окружающего мира. Больные воспринимают внешние признаки предметов и явлений и не осмысляют внутренние логические связи, не понимают отвлеченные словесные построения. Все это затрудняет осмысленную ориентировку в среде, препятствует адекватному поведению больных в субъективно сложных ситуациях. Нарушения памяти носят диспропорциональный характер, в первую очередь страдает логическое и опосредованное запоминание, в то время как механическая память может быть сохранной и даже гипертрофированной.

Недоразвитие высших психических функций отражается на развитии речи, которая формируется с запозданием, часто фонетически неправильная, с нарушениями грамматического строя, бедными, односложными фразами. Больные затрудняются в формулировании своих мыслей, испытывают трудности при освоении навыков чтения и письма, при этом уровень развития речи всегда связан со степенью интеллектуальной недостаточности. Неравномерностью развития отличается и эмоционально-волевая сфера. При относительной сохранности наиболее элементарных эмоций (проявления радости, злости, удовлетворения) высшие эмоциональные проявления,

связанные прежде всего с морально-нравственными категориями, являются недифференцированными и недоразвитыми. Эмоциональные реакции вытекают из конкретных ситуаций и полностью ими определяются.

Волевая сфера характеризуется слабостью побуждений, безынициативностью, недостаточной самостоятельностью. Поступки часто импульсивны, нелогичны, недифференцированны, поведение больных определяется влечениями и аффектами, а также ситуационными обстоятельствами. Борьба мотивов, определяемая у психически здоровых людей морально-нравственными и интеллектуально-логическими категориями, у лиц с умственной отсталостью, как правило, отсутствует. В то же время указанные особенности зависят от глубины психического дефекта, выраженности эмоционально-волевых нарушений. Степень эмоционального дефекта и слабости волевых процессов, способность к продуктивной деятельности определяются глубиной интеллектуальной недостаточности. Так, при легких формах умственной отсталости недоразвитие психических функций может существенным образом не сказываться на повседневном поведении взрослых больных вследствие социального обучения, включенности их в элементарные социально-трудовые процессы, присмотру и патронажу со стороны родственников и медицинского персонала.

Нередко умственная отсталость проявляется недоразвитием двигательной сферы — угловатостью и недостаточной скоординированностью движений. Особенно это заметно при необходимости совершения тонких и точных движений, в жестикуляции и мимике. В соматическом состоянии могут отмечаться признаки общего физического недоразвития, диспропорциональность строения тела, гормональная недостаточность, нарушение темпов и сроков полового созревания. Неврологические проявления коррелируют с тяжестью поражения центральной нервной системы и отличаются разнообразием. У больных возможны общемозговые и очаговые органические неврологические симптомы вплоть до параличей, парезов, судорожных припадков.

Традиционно различают три степени психического недоразвития (по тяжести психических расстройств) — идиотию, имбецильность и дебильность. Все эти формы умственной отсталости объединяет тотальный характер психического недоразвития с преимущественным поражением высших функций — интеллекта и мышления, а также относительной сохранностью более эволюционно древних инстинктивных функций человека.

Указанная градация была видоизменена в международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), где умственная отсталость разделена на четыре категории по степени тяжести клинических проявлений. При этом разделению на две категории подверглась «средняя» степень умственной отсталости — имбецильность.

Комитет экспертов ВОЗ рекомендовал при составлении классификации умственной отсталости опираться на комплекс клинико-психопатологических характеристик, который должен включать в себя оценку особенностей психопатологической структуры и степени умственного недоразвития, социальную приспособляемость, наличие поведенческих нарушений. При этом использование интеллектуальных тестов и их статистическая обработка позволяют проводить деление умственной отсталости только на четыре уровня. Подобное деление и используется в современных классификациях с указанием диапазона показателя коэффициента интеллекта (IQ) в баллах. Следует отметить, что показатели коэффициента интеллекта, определяемые с помощью теста Векслера, имеют относительный характер, и на его результат могут оказывать влияние различные (в том числе культуральные) факторы. Поэтому оценка глубины умственной отсталости должна опираться прежде всего на клинические параметры.

Классификация глубины умственной отсталости в МКБ-10 выглядит следующим образом:

- — легкая умственная отсталость (дебильность) — 50—69 баллов;
- — умеренная умственная отсталость (имбецильность) — 35—49 баллов;
- — тяжелая умственная отсталость (тяжелая имбецильность) — 20—34 балла;
- — глубокая умственная отсталость (идиотия) < 20 баллов.

При этом наибольшее социальное и судебно-психиатрическое значение имеют легкие степени умственной отсталости (дебильность). Используемое в практике деление дебильности на легкую, умеренную и тяжелую признается далеко не всеми, поскольку далеко от научного определения.

Идиотия (от греч. *idioteia* — невежество) — наиболее тяжелая степень врожденного слабоумия. Высшие психические функции у страдающих идиотией почти отсутствуют, эмоциональное отношение к внешним раздражениям они выражают нечленораздельными звуками. Речь находится в зачаточном состоянии или не развита вообще, они не понимают речь других, не следят за движущимися перед ними предметами, не откликаются на зов, реагируют лишь на сильную боль, не ориентируются в окружающем. Внешнее поведение не мотивировано, могут наблюдаться импульсивные поступки и агрессия. Вспышки ярости возникают главным образом под влиянием голода. Преобладает инстинктивная жизнь в виде удовлетворения витальных потребностей. Развитие навыков самообслуживания невозможно, страдающие идиотией нуждаются в постоянном уходе со стороны окружающих и не могут существовать без их помощи. Эти психические особенности сочетаются с резко выраженными и физическими дефектами:

они большей частью не умеют ходить, а ползают по полу, выражена диспластичность, деформация черепа и скелета, наблюдаются и неврологические симптомы (параличи, парезы, судорожные пароксизмы). При менее выраженной идиотии лица обладают элементарной речью и небольшим запасом слов (до 20). Они могут даже иногда понимать простейшие приказания, проявлять привязанность к ухаживающему персоналу, узнавать близких, соблюдать примитивные гигиенические правила. Описанные проявления идиотии стабильны и практически не поддаются терапевтическому воздействию.

Поскольку больные с таким глубоким снижением интеллекта по своим физическим и психическим возможностям не в состоянии совершать общественно опасные деяния, их судебно-психиатрическое значение невелико. Однако страдающие идиотией могут становиться жертвами преступлений (например, сексуальных).

Имбецильность (от лат. *imbecillus* — слабый, немощный) — средняя степень умственного недоразвития. Речь таких лиц элементарна, большей частью неправильная, картавая, косноязычная. Запас слов беден и состоит из нескольких десятков слов и элементарных выражений повседневного обихода. Они понимают несложную по содержанию чужую речь, но объем сведений и знаний резко ограничен, не могут назвать дни недели, месяцы в году, мышление их сверхконкретно и примитивно. Высшие психические функции не развиты, фантазия, воображение, абстрактное мышление отсутствуют. Наряду с этим они могут проявлять некоторые изолированные способности, определяющиеся неоднородностью дефекта. Встречаются лица с имбецильностью, запоминающие музыкальные мелодии, цифры, отдельные факты. Их несостоятельность обычно проявляется в непривычной для них ситуации, в элементарных обстоятельствах они часто теряются и робеют. Память носит механический характер. Страдающие имбецильностью все-таки могут усвоить элементарные житейские навыки, следить за собой и своей одеждой, научиться простой механической работе, хотя выполняют ее часто под наблюдением других (например, полоть и поливать огород, носить воду, протирать полы шваброй и т.д.). Самостоятельно вести жизнь они не в состоянии и нуждаются в постоянной опеке и уходе. Эмоции у имбецилов малодифференцированны, но более разнообразны, чем при идиотии. Они бывают обидчивы, злопамятны, некоторые из них отличаются злобностью и агрессивностью. Лица с имбецильностью нередко служат предметом насмешек сверстников и окружающих, что может спровоцировать их общественно опасные действия. Обычно имбецилы очень внушаемы, доверчивы и поддаются уговорам, с чем также иногда связано их общественно опасное поведение.

Психические дефекты при имбецильности обычно сочетаются с физическими и неврологическими расстройствами.

Дебильность (от лат. *debilis* — слабый, хилый) — наиболее легкая степень умственного недоразвития. Среди лиц, страдающих умственной отсталостью, лица с дебильностью составляют подавляющее большинство. Мышление при дебильности конкретное, абстрактные обобщения затруднены, эмоции однообразны, память носит формальный характер. Дебильность труднее распознается, поскольку больные могут обладать достаточным запасом слов и хорошей механической памятью, что маскирует слабость высших интеллектуальных функций.

Лица с дебильностью могут поступать учиться в обычную общеобразовательную школу, но успевают плохо, не осваивают школьную программу, дублируют классы и затем либо переводятся в специализированную школу, либо доходят до второго или третьего класса и оставляют обучение. Такие лица способны освоить элементарные трудовые навыки, но наряду с этим запас практических познаний невелик. Иногда обнаруживают способности к рисованию, пению, счету. Обычно нуждаются в поддержке других лиц, хотя иногда удовлетворительно ориентируются в простых жизненных и бытовых вопросах и способны к самостоятельной жизни. Они устраиваются на простую работу, вступают в брак.

Эмоционально-волевая сфера при дебильности более развита, чем при имбецильности, личностные особенности более разнообразны. В то же время волевые дефекты проявляются в недостаточной способности к самоконтролю, расторможенности влечений, повышенной внушаемости, в связи с чем эти субъекты могут попадать под влияние других лиц и совершать правонарушения. У них обычно не бывает столь грубых изменений в физическом строении тела и черепа, как при идиотии и имбецильности. Но все же, как правило, их моторика неловкая, движения угловатые, могут отмечаться аномалии соматического и неврологического характера.

Несмотря на выделение различных степеней умственной отсталости, между ними нет четких клинических границ. Всем умственно отсталым свойственна тотальность психического недоразвития с акцентом на эволюционно более поздних психических функциях. Клинические проявления при умственной отсталости отличаются стабильностью, однако проведение комплекса медико-педагогических мероприятий может сыграть положительную роль в адаптации больного к условиям повседневной жизни. В настоящее время преобладает клинико-динамический подход к лечению и реабилитации лиц с легкими степенями умственной отсталости. При раннем начале, последовательном лечении и поэтапной педагогической коррекции может достигаться удовлетворительная социальная и трудовая адаптация. В таких случаях больные, достигнув определенного возраста, «растворяются» в обществе, выпадая из поля зрения психиатров и ведя самостоятельную жизнь. В то же время имеющиеся психические аномалии определяют

повышенную уязвимость данных лиц к неблагоприятным факторам. Воздействие психических травм, соматических заболеваний, возрастных биологических факторов (пубертат, старение), злоупотребление алкоголем и т.д. способно вызывать декомпенсацию состояния. Декомпенсация может проявляться неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, а также психотическими нарушениями — с аффективными, галлюцинаторными и бредовыми феноменами. Структура психозов у умственно отсталых отличается элементарностью содержания. Ниже приводится наблюдение пациента с умственной отсталостью, совершившего правонарушение сексуального характера.

Подэкспертный Ф., 22 года, обвиняется в совершении развратных действий без применения насилия в отношении несовершеннолетней. Из материалов уголовного дела, медицинской документации и со слов подэкспертного известно, что во время беременности у матери подэкспертного были вредные условия работы. Подэкспертный родился от третьей нормально протекавшей беременности и срочных родов. В возрасте 5 месяцев он был стационирован в детскую больницу, давалось заключение: «Острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ), токсическая форма. Кардиореспираторный синдром. Рахит 1—2 ст. подострого течения. Аллергический диатез». В 10 месяцев он был вновь стационирован в детскую больницу, дано заключение: «ОРВИ. Рино- фарингит. Катаральный отит. Перинатальная диспепсия. Аллергический диатез. Нормохромная анемия». В возрасте 5 лет психиатром ему устанавливался диагноз: «Олигофрения в степени имбецильности». По словам подэкспертного, в школе он не обучался. Проживал с семьей в Молдове, работал разнорабочим. За 2 месяца до правонарушения приехал в Москву на заработки, проживал у брата.

Ф. подозревается в том, что во дворе жилого дома совершил развратные действия без применения насилия в отношении малолетней К. После задержания Ф. сообщил, что читать и писать не умеет, является инвалидом с детства, в тот период ему захотелось общения с женщинами, но они «не шли на контакт», тогда он пытался познакомиться с маленькими девочками, которым показывал половой член. В дальнейшем отрицал свою вину в отношении правонарушения, в совершении которого он обвиняется.

При обследовании установлено следующее. *Соматическое состояние.*Подэкспертный нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов без физикально определяемой патологии. *Неврологическое состояние.* Глазные щели асимметричные. Зрачки равновеликие, слабость конвергенции с обеих сторон, язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, симметричные. В позе Ромберга неустойчив. Пальценосовую пробу выполняет с легким интенционным тремором. Менингеальных знаков, расстройств чувствительности не выявлено. *Психическое*

состояние. Подэкспертный в собственной личности ориентирован правильно. Во времени и в месте не ориентирован, затрудняется пояснить, где находится в данный момент и цель проводимой экспертизы. Контакт с подэкспертным затруднен, в том числе из-за языкового барьера, на вопросы отвечает не всегда по существу, иногда на молдавском языке, мотает головой, показывая, что не понимает обращенных к нему вопросов. Выражение лица простодушное. Несколько неусидчив, тяготится беседой. Речь с бедным словарным запасом, косноязычная, крайне невнятная, ускорена по темпу.

На момент осмотра жалоб на состояние здоровья не предъявляет. Анамнестические сведения практически не сообщает. Злоупотребление алкогольными напитками, употребление наркотических средств, травмы головы, наличие судорожных припадков отрицает, рассказывает, что никогда не учился в школе. При упоминании о правонарушении, в отношении которого его подозревают, настораживается, заявляет, что в тот день находился дома и никуда не выходил, однако потом сообщает, что общался с маленькими девочками. Настроение его снижено. Эмоциональные реакции незрелые, малодифференцированные, лабильные. Мышление малопродуктивное. Суждения примитивные, поверхностные. Запас общеобразовательных знаний и представлений крайне ограничен, читать и писать не умеет. Интеллект снижен. Круг интересов ограничен бытовыми вопросами. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации и др.) не выявлено. Критика к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации нарушена. При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают выраженные признаки интеллектуально-мнестического недоразвития подэкспертного в сочетании с выраженной эмоционально-личностной незрелостью. *Сексолог.* Дать заключение о состоянии сексуальной сферы и ответить на вопросы по актуальному психическому состоянию Ф. не представляется возможным (малая продуктивность контакта, примитивность, ответы не в плане заданного, облегченность суждений, нелепость высказываний).

Комиссия пришла к заключению, что Ф. страдает хроническим психическим расстройством в форме умеренно-выраженной умственной отсталости со значительными нарушениями поведения, требующими лечения и ухода. Указанные психические расстройства у Ф. выражены столь значительно, что лишали его в период деяния, в совершении которого его подозревают, возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. С учетом выраженности в его психическом статусе эмоционально-волевых расстройств в сочетании со значительным интеллек- туально-мнестическим снижением в отношении него рекомендуется принудительное лечение в стационаре специализированного типа.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Наибольшее социальное и судебно-психиатрическое значение имеют легкие степени умственной отсталости (дебильность), которые составляют 90% от всего числа умственно отсталых. По данным зарубежных авторов, умственно отсталые составляют около 40% от всех правонарушителей[1]. Умственная отсталость имеет большое социальное значение. Так, в местах лишения свободы лица с данной патологией составляют до 25—30% (тогда как в населении до 5%). Они часто помещаются в психиатрические стационары мест лишения свободы, являются злостными нарушителями режима. Среди лиц с умственной отсталостью отмечается большой рецидивизм — 70% совершают новые правонарушения или общественно опасные деяния в первый год после окончания срока отбывания наказания или отмены принудительного лечения и до 100% в течение 3 лет. Среди всех психически больных, признанных невменяемыми, больные олигофренией составляют 10—15%. Причем на момент совершения общественно опасного деяния только немногим более половины из них находились под наблюдением психиатра. Такой же процент больные с умственной отсталостью составляют среди пациентов психиатрических стационаров, осуществляющих принудительное лечение. Лица с умственной отсталостью часто становятся жертвами обстоятельств, жертвами правонарушений, их много среди потерпевших. Наиболее часто это несовершеннолетние девочки, которые легко становятся жертвами сексуальных правонарушений в силу их сниженной способности оказывать сопротивление.

Судебно-психиатрическая оценка лиц с умственной отсталостью опирается на определение ее глубины в сопоставлении со способностью осознавать основные нормы социально значимого поведения. Лица с идиотией и имбецильностью (тяжелой и глубокой умственной отсталостью) крайне редко оказываются среди подэкспертных на предмет решения вопроса об их вменяемости, так как они пассивны, не способны к организованному поведению, находятся под постоянным надзором и крайне редко совершают общественно опасные действия. В силу пассивной подчиняемости они часто оказываются объектами сексуальных посягательств и потому могут направляться на судебнопсихиатрическую экспертизу на предмет определения их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания. Грубый дефицит познавательной деятельности у лиц с тяжелой и глубокой умственной отсталостью, отсутствие у них представлений о себе как о самостоятельной личности и непонимание значения и противоправности своего поведения, а также сущности юридически значимых ситуаций определяют их невменяемость, недееспособность и неспособность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. При умеренной умственной отсталости (легких вариантах имбецильности) и переходных состояниях между дебильностью и имбецильностью — тяжелой дебильности экспертное решение также

выносится в пользу невменяемости, так как даже если у данных лиц имеются ограниченный словарный запас, элементарные навыки самообслуживания и способность ориентироваться в несложных бытовых вопросах, у них отсутствует способность к осознанной морально-нравственной и нормативно-правовой регуляции своего поведения и осмыслению сущности и последствий своих поступков. При этом подобные пациенты нередко обладают способностью к хорошему механическому запоминанию и воспроизведению событий, свидетелями или участниками которых они были, что может определять заключение об их способности правильно воспринимать внешнюю сторону событий, имеющих значение для дела, и давать о них правильные показания.

Лица с легкой степенью дебильности, как правило, признаются вменяемыми, поскольку способны сознательно регулировать свое поведение в юридически значимых ситуациях, могут предвидеть последствия своих поступков. Наиболее сложной является судебно-психиатрическая оценка умеренно выраженной дебильности (хотя, как уже говорилось, разделение дебильности на легкую, умеренную и тяжелую в официальных классификациях отсутствует). Несмотря на кажущуюся простоту диагностики и клинической картины, почти в 6% случаев из-за сложности определения способности лиц с дебильностью к произвольной регуляции своего поведения их судебно-психиатрическая экспертиза носит повторный характер. В таких случаях помимо определения глубины интеллектуального дефекта важное значение приобретает оценка особенностей эмоционально-волевой сферы. Констатация выраженных расстройств в виде эмоциональной возбудимости, неустойчивости, снижения контроля за своим поведением, моторной расторможен- ности, импульсивности (присущих больному постоянно либо появившихся в результате декомпенсации состояния), которые существенным образом снижают его способность к осознанной регуляции своего поведения в юридически значимой ситуации, может быть решающим аргументом в пользу невменяемости.

Необходимо отметить, что экспертные оценки в отношении лица с умственной отсталостью в течение его жизни могут меняться (как правило, в сторону вменяемости). Так, у больных в период полового созревания (до 18—20 лет) умственная отсталость может осложняться выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, что дает основания для судебно-психиатрических выводов в пользу невменяемости. В последующем, с возрастом, психическое состояние этих больных может характеризоваться положительными динамическими сдвигами, проявляющимися не столько формальным увеличением знаний и относительным расширением кругозора, сколько сглаживанием присущих ранее эмоционально-волевых расстройств, появлением критичности, возможности прогнозировать свое поведение, устойчивым характером социальной адаптации, что может давать основание для изменения экспертных оценок. Возможно признание лица с умственной

отсталостью вменяемым в отношении одного правонарушения и невменяемым в отношении другого (совершенных за один временной период). Известен случай, когда в США олигофрена признали невменяемым в деле об уплате налогов (так как процесс уплаты налогов для дебила непостижим), однако если бы имела место кража, то его признали бы вменяемым.

При решении вопроса о дееспособности-недееспособности лиц с умственной отсталостью в соответствии со ст. 29 ГК судебно-психиатрические эксперты выносят решение о недееспособности всех подэкспертных, страдающих олигофренией в степени идиотии и имбицильности. Аналогичная экспертная оценка выносится и в случаях тяжелой дебильности. Подэкспертные с более легкими степенями дебильности, как правило, признаются дееспособными. Теми же признаками руководствуются при экспертизе больных олигофренией, выступающих в судебном процессе в качестве свидетелей и потерпевших.

При решении о неспособности лица с умственной отсталостью осознавать фактический характер своих действий и руководить ими большое значение приобретает выбор меры медицинского характера. В стационарном принудительном лечении нуждаются умственно отсталые лица, представляющие общественную опасность в связи с расстройствами эмоционально-волевой сферы в виде возбудимости, аффективной неустойчивости, импульсивности, расторможенности. Меньшую общественную опасность представляют вялые, безынициативные, инертные больные, совершившие правонарушения в силу неблагоприятного стечения обстоятельств. Лечебно-реабилитационные мероприятия в период принудительного лечения сводятся не столько к медикаментозному лечению, сколько к медико-педагогическим и социально-реабилитационным мероприятиям. Основной критерий для прекращения принудительного лечения больных с умственной отсталостью — коррекция поведенческих нарушений под влиянием дисциплинирующего режима больницы и воспитания трудовых навыков.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Каковы этиология и основные клинические проявления умственной отсталости?
- 2. Какие степени умственной отсталости выделяются и в чем заключается специфика их клинических проявлений?
- 3. Каковы принципы дифференцированной судебно-психиатрической оценки умственной отсталости?

Литература

Горинов В. В. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с умственной отсталостью // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М. : Медицина, 2004. С. 273—282.

Мохонько А. Р., Муганцева Л. А. Основные показатели деятельности судебнопсихиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2009 г. : аналитический обзор. М., 2010.

Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. Т. 2. М., 1999. С. 607—624.

- [1] Число лиц с умственной отсталостью среди проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в России за последнее десятилетие остается достаточно стабильными составляло в 2009 г. 29% среди лиц, признанных невменяемыми, и 23,7% среди вменяемых. При этом среди тех, кто подпадал под действие ст. 22 УК, умственно отсталыесоставили 39,7%, разделив по данному показателю первое место с лицами с органическими психическими расстройствами (40,9%) [Мохонько, Муганцева, 2010].

КРАТКОВРЕМЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ)

В результате освоения материала этой главы обучающийся должен:

знать

- • основные клинические проявления кратковременных расстройств психической деятельности;
- • судебно-психиатрическое значение кратковременных расстройств психической деятельности;

уметь

- • определять основные клинические проявления кратковременных расстройств психической деятельности;
- • выделять этиологию, патогенез и закономерности течения кратковременных расстройств психической деятельности;
- • устанавливать юридически значимые клинические проявления кратковременных расстройств психической деятельности;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки кратковременных расстройств психической деятельности.

В отдельную группу исключительные состояния традиционно выделяются только в судебной психиатрии. Обозначение этих состояний как «исключительных» указывает на то, что они встречаются редко и наблюдаются, как правило, как единичный эпизод в жизни человека. В МКБ-10 отсутствует понятие «исключительное состояние», представлено только патологическое опьянение (F10.07), которое входит в раздел «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» и рассматривается как психотический эпизод, вызванный, как правило, приемом относительно малых доз алкоголя, как особая индивидуальная реакция. В настоящее время под термином «исключительные состояния» подразумеваются острые расстройства психической деятельности, различные по этиологии, но во многом сходные по клиническим признакам, возникающие улиц, не страдавших ранее психическим заболеванием. Однако последнее положение следует считать устаревшим — данные расстройства возникают не у абсолютно психически здоровых людей, а на той или иной патологической почве. Так, по данным М. С. Доброгаевой (1989), исключительные состояния более чем в 90% случаев возникают у лиц с церебральной органической недостаточностью, обусловленной травматическим поражением мозга (78%), последствиями раннего органического поражения (14,7%), нейроинфекциями (25,3%), сосудистой патологией (14%). Причем, по мнению этого автора, при выраженном органическом поражении головного мозга внешние неблагоприятные средовые факторы играют лишь пусковую роль в их развитии, при незначительном органическом фоне основное значение приобретают временные факторы и дополнительные экзогенные вредности (алкогольная интоксикация, психогенные воздействия).

В процентном отношении число лиц, совершивших противоправные деяния в «исключительных состояниях», незначительно — всего около 1% от общего числа лиц, признанных невменяемыми. Однако обычно это опасные действия против личности, а диагностика и экспертная оценка таких расстройств чрезвычайно сложна. К исключительным состояниям помимо патологического опьянения относятся патологический аффект (с позиций МКБ-10 его варианты квалифицируются как острая реакция на стресс — F43.0), а также сумеречные состояния сознания, не являющиеся симптомом какого-либо заболевания, объединяющим признаком коих выступает кратковременное нарушение сознания по типу сумеречного, провоцируемого рядом внешних факторов (один из вариантов подобных расстройств — патологическое про- соночное состояние). Общим для них является сочетание постоянной и временной патологической почвы при обязательном участии дополнительных экзогенных факторов. Постоянная патологическая почва характеризуется, как уже говорилось, наличием обычно нерезко

выраженной резидуальной органической патологии. Временная патологическая почва формируется за счет преходящих вредностей (физическое и психическое истощение, дефицит сна, длительное аффективное напряжение). Всегда имеется суммарное воздействие перечисленных факторов, которое предрасполагает организм к развитию психотического состояния. Часто бывает случайное, причудливое сочетание привходящих, редко сочетающихся факторов: не спал, перенес инфекцию, попал в иноязычную среду. При оценке таких состояний всегда присутствует необходимость ретроспективной диагностики, так как психотические нарушения скоротечны и исчерпываются периодом правонарушения.

В связи с почти обязательным наличием признаков органической психической патологии у лиц, перенесших кратковременные расстройства психической деятельности их диагностика (за исключением патологического опьянения и патологического аффекта) обычно осуществляется по разделу органических психических расстройств МКБ-10 (как правило, устанавливается диагностический шифр F06.81 — «другое уточненное психотическое расстройство вследствие повреждения или дисфункции головного мозга»).

При всех исключительных состояниях наблюдаются общие закономерности формирования синдрома сумеречного расстройства сознания, которое проявляется типичными симптомами, характерными для этого вида патологии сознания при отсутствии или при наличии продуктивной психопатологической симптоматики [Введенский, 1950; Гордова, 1966; Белов, Докучаева, Демонова, 1983]. По клинической картине сумеречные расстройства сознания полиморфны: от состояния глубокого помрачения до менее глубоких состояний с психотической симптоматикой в виде иллюзий, галлюцинаций и аффективно насыщенного бреда. Однако признак помрачения сознания — стержневой для всех исключительных состояний.

До сих пор не утратили своей актуальности описанные К. Ясперсом общие *признаки синдромов помрачения сознания.* Необходимо подчеркнуть, что лишь *совокупность*этих признаков дает основание квалифицировать синдром помрачения сознания, поскольку отдельные признаки могут наблюдаться и при других психопатологических сим- птомокомплексах, не имеющих отношения к синдромам помраченного сознания.

Первый признак — *отрешенность от окружающей действительности,*проявляющаяся затруднением или полным нарушением восприятия окружающего. Отрешенность может сопровождаться аффектом недоумения, сходным с состоянием здорового человека, внезапно попавшего в необычную для себя обстановку. При наличии галлюцинаторно-бредовых переживаний могут наблюдаться аффекты страха, ярости, неадекватные реальной обстановке. Второй признак — *дезориентировка в*

окружающем, т.е. в месте, времени, окружающих лицах, собственной личности. Третий признак — *нарушения процесса мышления,* выражающиеся в его бессвязности, слабости или невозможности суждений. Нарушения мышления проявляются в речи, которая становится лишенной смысла или отражает патологические переживания. Четвертый признак — полная *амнезия периода помраченного сознания.*

При производстве СПЭ иногда диагностируется ориентированное сумеречное помрачение сознания, включающее элементарную ориентировку в окружающем (обрывки самосознания, узнавание близких) при внешне упорядоченном поведении при отсутствии бреда и галлюцинаций, однако с последующей полной амнезией своего поведения. Подобные «ориентированные сумерки», во время которых поведение пациентов в целом характеризуется относительной упорядоченностью, выделял еще К. Ясперс (1923). Больные могут совершать длительные самостоятельные прогулки, но наряду с целенаправленным поведением наблюдаются неожиданные, странные, бессвязные, а иногда и насильственные действия. Такие состояния могут длиться долго (часы и даже дни), а после «пробуждения» у пациентов обычно не остается никаких воспоминаний либо вспоминаются только отдельные фрагменты. Больные относятся к своему состоянию и к своим действиям как к чему-то абсолютно чуждому.

Дискуссионным до настоящего времени остается вопрос о возможности повторения исключительных состояний. Большинство авторов считают, что эти состояния являются «исключительными» по своей природе и не имеют тенденций к повторению, однако ряд специалистов описывали случаи повторного патологического опьянения [Докучаева, 1960] и сумеречного помрачения сознания [Печерникова, Доброгаева, 1989].

Патологическое опьянение. Это острый кратковременный психотический эпизод, возникающий на фоне простого алкогольного опьянения. Для возникновения патологического опьянения значимо не воздействие алкоголя, а наличие постоянной и временной патологической почвы. Постоянная почва формируется остаточными явлениями перенесенных в прошлом экзогенных вредностей, в том числе черепно-мозговых травм, однако выраженных незначительно, и лица в повседневной жизни считаются практически здоровыми. Значительную роль в возникновении патологического опьянения играет временная почва — переутомление, недосыпание, психическое и физическое истощение, психологические стрессы. В таком состоянии принятие небольшой дозы алкоголя может вызвать патологическое опьянение. В возникновении патологического опьянения алкоголю отводится лишь провоцирующая роль. Констелляция указанных факторов встречается редко, и поэтому повторение патологического опьянения у одного и того же лица маловероятно.

Патологическое опьянение характеризуется: острым нарушением сознания, которое отвечает всем критериям сумеречного помрачения сознания (дезориентировка в собственной личности и окружающем); выраженными аффективными расстройствами (страх, злоба, ярость); в ряде случаев наличием отрывочной бредовой и галлюцинаторной симптоматики; внезапным окончанием психоза и нарушением воспоминаний о нем. Важно подчеркнуть, что патологическое опьянение имеет скоротечное течение. В результате возникновения патологического опьянения нарушаются и искажаются процессы восприятия, наступает отрыв от реальной действительности. Появляются безотчетный страх, тревога, ощущение угрозы. При нарастании эмоционального напряжения нарушается ориентировка в окружающем и появляется бредовое ее толкование. Кардинальным симптомом патологического опьянения является внезапное исчезновение физических признаков алкогольного опьянения — это имеет особое значение для дифференциального диагноза. Даже во время психомоторного возбуждения поведение больных как бы упорядоченно. Многие авторы отмечают, что движения этих лиц сопровождаются четкой координацией, или даже «кошачьей гибкостью», как писал К. Бонгеффер. Они могут преодолевать внешне непреодолимые преграды. Так, в одном наблюдении пациент (военнослужащий) за несколько секунд взобрался на 12-й этаж дома, чему были многочисленные свидетели. Свидетельские показания — одна из проблем в диагностике этих состояний. Подобная легкость, проворность часто способствует совершению криминала, поскольку психомоторное возбуждение характеризуется большой разрушительной силой и легкостью в преодолении препятствий. Галлюцинаторные переживания, если они имеются, носят отрывочный характер и представлены истинными зрительными галлюцинациями, обычно устрашающего содержания. Если это галлюцинаторно-бредовой вариант, помимо устрашающих галлюцинаторных переживаний присутствуют отрывочные бредовые идеи преследования. Выражение лица отражает растерянность, тревогу, страх, ужас. Вместе с тем сохраняется способность к довольно сложным целенаправленным действиям, возможность пользоваться различными предметами, оружием. Речевая продукция при патологическом опьянении отрывочная, в основном отражает болезненную симптоматику. Внешние формы поведения также свидетельствуют о болезненном восприятии окружающего (человек прячется, защищается от мнимых врагов).

С известной долей условности различают две формы патологического опьянения: галлюцинаторно-параноидное и эпилептиформное. При эпилептиформном варианте отмечается молчаливая мрачная сосредоточенность, действия и поступки носят автоматизированный характер, проявляется ярость, агрессия. Психопатологическая продукция ярко не выражена. При галлюцинаторно-параноидном варианте в клинической картине выявляются бредовые переживания устрашающего

характера, отрывочные галлюцинаторные феномены, выраженный аффект страха, стереотипные двигательные действия.

Заканчивается патологическое опьянение так же внезапно, как и начинается, часто терминальным сном. Характерно отсутствие сокрытия следов преступления, пассивное поведение при задержании, без оказания сопротивления. Совершенное правонарушение после восстановления сознания воспринимается как чуждое, с удивлением. Отмечается тотальное запамятование происшедшего. Изредка в памяти сохраняются фрагменты психопатологических переживаний. Поэтому особое диагностическое значение имеют первоначальные показания лица в период, максимально приближенный к происшедшему, поскольку потом воспоминания могут ослабевать (ретардированная амнезия). Патологическое опьянение не является тяжелой формой простого алкогольного опьянения, это качественно иное состояние психики — тяжелое психическое расстройство, спровоцированное алкоголем. Наиболее важные признаки для диагностики патологического опьянения — наличие психотических переживаний, сумеречного расстройства сознания, а также характер выхода из болезненного состояния. Констатация постоянной или временной почвы не может быть критерием диагностики, так как в общей популяции такие нарушения достаточно распространены. Не являются обязательными и такие признаки, как физические проявления опьянения, количество принятых алкогольных напитков, характер агрессивных действий, непонятная мотивация поступков.

Диагностика патологического опьянения всегда свидетельствует о невменяемости лица, совершившего противоправные действия. Поскольку диагноз патологического опьянения ставится ретроспективно, помимо психопатологического анализа большое значение приобретает изучение материалов уголовного дела, которые должны отражать описание особенностей поведения лица, характер его речевой продукции в юридически значимой ситуации. Большое диагностическое значение имеют свидетельские показания о поведении, внешнем виде, характере высказываний подэкспертного, которые отражают неправильное восприятие им окружающего, наличие болезненных переживаний. Ниже приводится клиническое наблюдение лица с патологическим опьянением.

Подэкспертный О., 45 лет, обвиняется в убийстве и попытке убийства. Раннее развитие протекало без особенностей. По характеру формировался общительным, спокойным. С 7-летнего возраста он обучался по программе общеобразовательной школы. В 10-летнем возрасте заболел туберкулезом легких, в связи с чем был переведен для продолжения учебы в санаторную школу- интернат. В тот период он увлекался спортом: занимался легкой атлетикой, баскетболом, волейболом, занимал призовые места на соревнованиях. После школы О. окончил радиотехнический техникум связи,

затем работал техником до призыва в армию. После года службы был комиссован в связи с туберкулезом. В последующем был снят с учета как выздоровевший. После службы он в течение 11 лет работал техником-инженером до 1991 г., когда был уволен по сокращению штатов. За эти годы О. заочно окончил университет, получил квалификацию горного инженера. В коллективе О. пользовался уважением, не имел ни одного замечания. Женился, от брака имеет двух дочерей, отношения в семье складывались ровными, спокойными. Жена подэкспертного сообщила, что он спокойный, уравновешенный, она ни разу не видела, чтобы он с кем-то дрался или ссорился. Свидетели характеризовали его уравновешенным, спокойным человеком, невспыльчивым, добрым, с мягким характером. Всегда помогал родным всем, чем сможет, сам занимался воспитанием своих дочерей. После увольнения О. поступил на службу в органы внутренних дел — отряд милиции особого назначения, был заместителем командира. Выполнил семь служебных командировок на Северный Кавказ, находился в зоне боевых действий. Имеет государственные награды, неоднократно поощрялся руководством. Во время очередной командировки в зону боевых действий О. перенес контузию, однако за медицинской помощью в тот период не обращался, хотя отмечались явления сотрясения головного мозга; в том же году их отряд «был арестован боевиками». О. попадал также в автоаварию, сознания не терял, однако отмечались однократная рвота, повышенная утомляемость, постоянная усталость. За медицинской помощью он не обращался. Вместо запланированного отпуска О. был направлен в очередную командировку, в связи с чем у него усилились тревожность, чувство разбитости, страх, что его убьют. Через 12 дней нахождения в восьмой служебной командировке, где он исполнял обязанности заместителя командира по тылу, О. обратился к врачу с жалобами на боли в области шеи, плохой сон, слабость. Выставлялся диагноз: «Шейный остеохондроз, вегетососудистая дистония», и назначалось лечение: массаж шеи, глицин и раствор из цветов пиона. Однако через

7 дней он вновь обратился с жалобами на головную боль, боль в области шеи и чувство страха. Лечение О. продолжал получать. Свидетель З. сообщил, что в последнее время О. стал надевать на себя бронежилет, хотя ранее никогда его не носил. На 25-й день командировки — О. был ответственным по отряду офицером, — он весь день ходил и проверял личный состав. В тот день спиртные напитки он не употреблял, тогда же по назначению врача вечером принял две таблетки феназепама по 0,0005 г.

Из материалов уголовного дела известно, что О. произвел 30 выстрелов из автомата, в результате чего погибла продавец военторга С., а двое сотрудников милиции получили ранения различной степени тяжести. В тот же день

О. было проведено судебно-химическое исследование крови, где был обнаружен этиловый спирт в концентрации 0,6 промилле и найдены производные 1,4-бензодиазепинов и их метаболиты. Во время допросов О. сообщал, что примерно за три часа до произошедшего он выпил стакан пива, а затем распивали коньяк, он выпил одну или две рюмки, после этого он поехал закупать продовольствие, дальнейших событий не помнит, помнит, что стоял возле магазина и видел лицо женщины, затем, что ему держат руки и затаскивают в машину. Свидетели сообщили, что в тот день на улице между подэкспертным и женщиной-продавцом произошел конфликт, подэкспертный предъявлял претензии по поводу высоких цен на продукцию. Продавец ему возражала, внезапно О. стал вести себя странно, лицо его побледнело, и он пошел на продавщицу с намерением ударить. В это время его схватили сзади сотрудники отряда, с которыми он приехал, и повели к машине, начали успокаивать. О. в это время молчал, на вопросы и уговоры никак не реагировал. Когда О. залез в кузов, он вдруг выкрикнул «надо сматываться», после чего схватил находившийся там автомат, передернул затвор и произвел длинную очередь, а когда у него пытались отобрать оружие, кричал: «Отходим! Отходим!» Свидетель З. сообщил, что после случившегося он пытался разговаривать с О., однако тот вел себя странно. Он посмотрел на З. отрешенным взглядом, последнему показалось, что подэкспертный его не узнал, затем он опустил голову и молчал. Потом свидетель услышал истерический крик О., который кричал, что ему надоело жить, что он от всего устал. Требовал, чтобы его застрелили, просил прощения у погибшего командира. Так продолжалось около 10 минут. После этого О. «обмяк, сник и опять сидел молча».

Во время проведения амбулаторной СПЭ О. контакту был доступен. Держался напряженно. Настроение было ситуационно снижено. Эмоционально неустойчив, тревожен. С волнением описывал свое состояние за последние два года, когда стал чувствовать постоянную усталость, тревогу, напряженность, испытывал чувство вины за погибшего командира, сослуживцев. Сообщал, что накануне правонарушения по назначению врача принял две таблетки феназепама, препарат употребил впервые в жизни. Ночь проспал, утром проснулся отдохнувшим и достаточно бодрым. Во время поездки имел поручение закупить продукты и техническое масло. Говорил, что с товарищами перед этим пил коньяк, пиво, почувствовал опьянение, хотя выпил немного. К продавщице он имел претензии, поскольку в предыдущий раз приобрел у нее по заказу сослуживцев предметы обихода, и те заявили, что цены чрезмерно завышены. Он сразу же сказал ей об этом, стал требовать документального подтверждения цен. Утверждал, что дальнейшее помнит смутно. Пришел в себя в изоляторе временного содержания. Там со слов командира узнал, что убил женщину и ранил двух сослуживцев. Заявлял, что не мог совершить такой поступок. Диагностические и экспертные вопросы решены не были.

При комплексном стационарном психолого-психиатрическом исследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При электроэнцефалографии выявлялись умеренные, ближе к выраженным, диффузные изменения биоэлектрической активности мозга органического характера, указывающие на дисфункцию неспецифических структур ствола. Функциональные нагрузки выявляли признаки легкого снижения порога судорожной готовности. *Заключение невролога:* «Последствия органического поражения центральной нервной системы сложного генеза (раннее, посттравматическое, интоксикационное — туберкулез в анамнезе) в форме микросимптоматики, синдрома вегето-сосудистой дистонии». *Психическое состояние.* Подэкспертный доступен продуктивному речевому контакту. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Понимал цель направления его на экспертизу. Охотно вступал в беседу, держался с чувством дистанции, на вопросы отвечал по существу, в плане заданного. Предъявлял жалобы на частые головные боли, боли в шее, быструю утомляемость. Сообщал, что во время второй командировки он стал отмечать страх, «было все время чувство, что находишься под прицелом», а после четвертой командировки стал отмечать изменения в характере: был «плаксивым», все время думал о боевых действиях, не мог переключиться, с трудом засыпал по ночам, появились яркие сновидения на военную тематику, сопровождавшиеся чувством страха, он стал раздражительным, чувствовал постоянную усталость. Особенно отчетливыми изменения в характере стали после шестой командировки, когда даже дома не покидали тревожные мысли, был все время напряжен, ждал откуда-то опасности, выстрелов, периодически были ощущения, что слышит стрельбу, не мог смотреть передачи про военные действия. После того как погиб командир, участвовал в его похоронах, оказывал помощь семье, состояние еще больше ухудшилось, появилась потребность снимать напряжение спиртными напитками. Говорил, что после приема спиртных напитков мог спокойно уснуть. Наличие у себя запоев, похмельных явлений категорически отрицал. При беседе на тему участия в военных действиях он становился трудноперебиваем, на глаза наворачивались слезы, вспоминал все новые и новые подробности.

При беседе об инкриминируемом деянии настроение О. еще больше снижалось. Он рассказывал, что должен был поехать в отпуск, однако вместо этого был отправлен в командировку, и хотя «чувствовал себя сильно уставшим, не был в отпуске 3 года, но не мог не поехать из-за чувства долга». Перед отъездом испытывал тревогу, боялся, что его убьют. В командировке состояние еще больше ухудшилось — беспокоили постоянные головные боли, испытывал страх, сон был нарушен, в связи с чем постоянно принимал настойку пиона. По ночам видел тревожные сны. По этому поводу накануне правонарушения обратился к врачу, который дал на ночь две таблетки (как позже узнал у следователя, это был феназепам). Утром чувствовал себя нормально. Надо было ехать и решать вопросы с

продовольствием и боеприпасами. Около 10 часов утра он совместно с группой прибыл по месту назначения. Сразу пошел искать своего знакомого старшину. Кроме него в палатке находились еще несколько человек, с которыми он распил 1,5 литра пива на 5 человек. Примерно через час он пошел в вагончик, где было 4 или 5 человек. Они распивали коньяк и пригласили подэкспертного за стол. Он выпил две рюмки, но коньяк ему не понравился: «показалось, что он самопальный». О. разговаривал с сослуживцами о затруднениях в обеспечении продовольствием.

После второй стопки О. почувствовал, что закружилась голова, и ему стало нехорошо. Он не стал больше выпивать, а решил пойти с накладными в магазин. Утверждал, что дальше ничего не помнит. Говорит, что помнит, как он находится в магазине, что он там делал и говорил, не помнит, только в руках были какие-то бумаги. В дальнейшем помнит, как «запихивали в кузов», держа с двух сторон. В этот момент ему показалось, что он вновь попал в плен, как это было годом ранее. Далее он очнулся ближе к вечеру в наручниках, его трясли за плечо люди в форме, они повели его к автомашине. В изоляторе уже разъяснили, за что он был арестован, что очень удивило, «долго не мог поверить, что натворил такое».

Мышление О. было последовательным, логичным, ближе к конкретному типу, обстоятельным. Эмоциональные реакции, мимика адекватные теме беседы. Продуктивной психопатологической симптоматики не было. Критические способности были сохранены. При *психологическом исследовании* инструкции к заданиям подэкспертный понимал, тщательно и педантично им следовал. Лишь в отдельные моменты при сильном волнении терялась целенаправленность деятельности, переспрашивал содержание заданий. Отмечалось, что психические процессы О. ригидны, негрубо торпидны, темп снижен. О. был тревожен, склонен к фиксации на состоянии своего здоровья, а также к вытеснению стрессогенных переживаний в соматическую сферу. Он характеризовался просоциальной направленностью, повышенной требовательностью к себе и окружающим его людям, что сочеталось с его неуверенностью, некоторой зависимостью от социального окружения при выраженной потребности в принятии. О. было доступно проведение основных мыслительных операций преимущественно по признакам функционального уровня, а при усложнении как наглядного, так и вербального — с актуализацией конкретно-ситуационных связей, при затруднениях — продуцирование личностно значимых ситуаций из собственного опыта. Отмечалась негрубая тенденция подэкспертного к рассуждательству с потерей целенаправленности мышления, достаточно легко корректируемая при внешнем воздействии. Ассоциативные образы были преимущественно конкретного уровня, многие из них личностно значимые. На фоне пониженного настроения, фиксации обследуемого на военной тематике и связанных с ней переживаниях в личностной сфере для него была характерна эмоциональная лабильность с элементами слабодушия,

повышенная чувствительность к внешним оценкам и отношению со стороны окружающих, ранимость и впечатлительность, которые он в силу своей скрытности был не склонен проявлять во внешнем поведении, а напротив, стремился приуменьшить, демонстрируя гипермускулинные стандарты поведения.

Как видим, О. обнаруживал невротические расстройства астено-депрессивного типа на фоне органического поражения головного мозга сложного генеза (перинатальная патология, туберкулезная интоксикация, повторные черепно-мозговые травмы). У О. на фоне длительных психофизических перегрузок в конфликтной ситуации, после приема небольшого количества алкоголя развилось внезапное помрачение сознания с оживлением пережитых в прошлом опасных ситуаций и соответствующими автоматизированными действиями, направленными на ее разрешение (стрельба из автомата), затем последовала амнезия данного эпизода, а по выходе из него отмечались психомоторная заторможенность, вялость, затрудненный контакт с окружающими, впоследствии возникновение чувства чуждости содеянного. Экспертной комиссией было дано заключение о временном болезненном расстройстве психической деятельности (патологическом опьянении), характеризовавшемся глубоким помрачением сознания в период совершения правонарушения, и неспособности О. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Патологический аффект.

Согласно современным представлениям это гиперкинетическая форма острой шоковой реакции, сопровождающейся психомоторным возбуждением и агрессивными действиями в отношении обидчика, на высоте развития которой имеет место нарушение сознания по типу сумеречного помрачения. Диагностические признаки: трехфазность течения (накопление, взрыв, астения); неожиданность возникновения; неадекватность вызвавшему ее поводу; резкое психомоторное возбуждение; сумеречное расстройство сознания на высоте расстройства; автоматизм действий; нарушения мотивации поведения; выраженная астения после выхода из данного состояния. Необходимо отметить, что аффектогенные исключительные состояния имеют много общего с физиологическим аффектом (причинная связь с психогенным фактором, острота возникновения, та же трехфазность течения, сходные вазовегетативные и моторные реакции). Основное и кардинальное различие — симптомы психопатологического ряда во второй фазе (фазе взрыва): явления помраченного сознания, сопровождающиеся последующей амнезией. Один из существенных признаков при патологических психогенных состояниях — несоразмерность повода силе психогенной взрывной реакции. Разряд происходит по принципу «последней капли», и хотя эта «капля» связана со всей психогенной ситуацией, но сам повод часто достаточно ничтожен. И если диагностика физиологического

аффекта — компетенция психологов, то диагностика патологического аффекта — компетенция психиатров, так как это скоротечное психотическое состояние.

Первая фаза (подготовительная) включает в себя личностную переработку психогении, возникновение и нарастание готовности личности к аффективной разрядке. Длительная психотравмирующая ситуация определяет нарастание аффективного напряжения, на фоне которого психогенный повод по механизму «последней капли» может вызвать наступление острой аффективной реакции. У условно психически здоровых людей для возникновения патологической реакции в одинаковой степени имеют значение как острые, так и протрагированные психогении. Как уже говорилось, у «условно психически здоровых» почти всегда можно обнаружить признаки резидуально-органического поражения центральной нервной системы и наличие привходящих астени- зирующих факторов, также формирующих патологическую почву.

При протрагированных психогениях, связанных с длительной психотравмирующей ситуацией, стойкими неприязненными отношениями с потерпевшим, длительными систематическими унижениями и издевательствами, острая аффективная реакция возникает в результате постепенного накопления аффективных переживаний. Психическое состояние подэкспертных, предшествующее поводу, вызвавшему аффективную реакцию, характеризуется сниженным настроением, неврастенической симптоматикой, появлением доминирующих идей, тесно связанных с психогенно-травмирующей ситуацией. Факторами, способствующими облегчению возникновения аффективной реакции, являются переутомление, вынужденная бессонница, соматическая ослабленность и т.д. Под влиянием психогенного раздражителя, исходящего непосредственно от обидчика и внешне кажущегося малозначительным, внезапно как для самого лица, так и для окружающих может возникнуть реакция с агрессивными действиями, направленными против потерпевшего. Указанный механизм обозначают как «реакция короткого замыкания».

В этой группе преобладают женщины с астеническими, тормозимыми чертами характера. Это робкие, застенчивые существа, которые долгие годы находятся в психогенно травмирующей ситуации, часто в своей собственной семье. Как правило, это издевательства мужа- алкоголика, который унижает женщину, избивает ее, детей; часто издевательства носят садистический характер. Например, одной испытуемой муж загонял иголки под ногти, другую заставлял пить свою мочу. Обычно женщины никому не рассказывают об этом, а данная ситуация длится годами. Таким образом происходит кумуляция аффекта. Важно отметить, что подобные реакции обычно возникают у женщин на фоне длительных депрессивных состояний, т.е. естественно предположить, что в условиях такой длительной

психотравмирующей ситуации, тяжелой и объективно, и субъективно, у женщин присутствует болезненно сниженное настроение. Но эти депрессии носят, как правило, маскированный, ларвированный, соматизированный характер, т.е. на первый план выступают соматовегетативные проявления. По клиническому оформлению они ближе всего к «депрессиям истощения» П. Кильхольца (P. Kielholz), когда ярко выражен астенический компонент депрессии и депрессия сопровождается соматическими масками. Обычно в делах у подобных испытуемых присутствует соматическая карта — объемная, вся исписанная — в течение многих лет женщина обследуется у различных специалистов — интернистов, невропатологов, эндокринологов, гинекологов. Полной объективизации этих соматических жалоб нет, но иногда наблюдательный врач указывает, что у женщины снижено настроение. В широком смысле слова это реактивная депрессия, многолетнее реактивное состояние. Аффект кумулируется, и к моменту совершения правонарушения возникает психотическое состояние с участием механизма короткого замыкания. Итак, при протрагированных психогениях присутствует патологическая почва: астения, депрессия, кумуляция аффекта. Причем годами эти лица терпят издевательства, а последней каплей всегда оказывается какое-либо малозначительное событие. Это иногда выглядит весьма странно, что женщина терпела побои, унижения, но в день, когда все произошло, муж, просто проходя мимо, сказал бранное слово, что послужило последней каплей.

Происходит аффективный взрыв, на высоте этого состояния отмечается аффективно помраченное сознание. Действия подэкспертных как бы финально направлены, т.е. направлены на устранение обидчика, причины своих переживаний, что отличает эти состояния от, скажем, патологического опьянения или патологического просоночного состояния, где жертвы бывают нередко случайными. Здесь же действия направленные, что является самой большой сложностью при судебнопсихиатрической оценке этих случаев. Иногда эксперты говорят: «но они же убили того, кто их обижал». Однако если проанализировать весь анамнез, то это тот случай, как писал Э. Кречмер, когда «кролик превращается в тигра». То есть тормозимые, робкие, застенчивые, неуверенные в себе личности совершают тяжелейшие правонарушения. Роль прогредиентной астении в возникновении таких состояний подчеркивается и в зарубежной литературе, а то, что действия являются финально направленными, это совершенно не исключает диагностики болезненного состояния.

Во второй фазе патологического аффекта возникает кратковременное психотическое состояние, аффективная реакция приобретает качественно иной характер. Психотическая симптоматика, свойственная патологическому аффекту, характеризуется незавершенностью, малой выраженностью, отсутствием связи между отдельными психопатологическими феноменами. Она определяется, как правило, кратковременными расстройствами

восприятия в виде гипоакузий (звуки отдаляются), гиперакузий (звуки воспринимаются как очень громкие), иллюзорных восприятий. Отдельные расстройства восприятия могут быть квалифицированы как аффективные функциональные галлюцинации. Значительно более целостно бывает представлена клиника психосенсорных расстройств, нарушений схемы тела (голова стала большой, руки длинными), состояния острого страха и растерянности. Бредовые переживания носят нестойкий характер, и их содержание может отражать реальную конфликтную ситуацию.

Ко второй группе симптомов относятся экспрессивные характеристики и вазовегетативные 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 (при протрагированных психогениях), а также 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 какой-либо обратной связи с ситуацией. Эти действия носят характер немотивированных автоматических моторных разрядов с признаками двигательных стереотипий. О нарушении сознания и патологическом характере аффекта свидетельствует также чрезвычайно резкий переход интенсивного двигательного возбуждения, свойственного второй фазе, в психомоторную заторможенность.

Третья фаза (заключительная) характеризуется отсутствием каких- либо реакций на содеянное, невозможностью контакта, терминальным сном или болезненной прострацией, представляющей собой одну из форм оглушения. При дифференциальной диагностике патологического и физиологического аффектов необходимо учитывать, что, будучи качественно разными состояниями, они имеют ряд общих признаков.

При патологическом аффекте невменяемость определяется только наличием признаков помраченного сознания в момент правонарушения. Данное состояние подпадает под понятие временного расстройства психической деятельности медицинского критерия невменяемости, так как исключает возможность осознания лицом в момент совершения противоправных действий фактического характера и общественной опасности своих действий.

Наиболее адекватным видом экспертизы при оценке аффективных деликтов следует считать комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу. Принцип совместного рассмотрения личности, ситуации,

состояния в момент деликта — один из основных при оценке эмоциональных состояний. Судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза позволяет наиболее полно и всесторонне оценить аффективный деликт в процессе совместного на всех этапах экспертизы психолого-психиатрического исследования. Компетенция психиатра распространяется на раскрытие и квалификацию аномальных, патологических особенностей личности подэкспертного, нозологическую диагностику, отграничение болезненных и неболезненных форм аффективной реакции, вынесение заключения о вменяемости-невменяемости или ограниченной вменяемости обвиняемого. В пределах компетенции психолога находится определение структуры личностных особенностей подэкспертного, как не выходящих за пределы нормы, так и складывающихся в картину личностной дисгармонии, анализ сложившейся психогенной ситуации, мотивов поведения ее участников, определения характера неболезненной эмоциональной реакции, степени ее интенсивности и влияния на поведение подэкспертного при совершении противоправных действий.

Патологическое просоночное состояние — довольно распространенная психическая патология. Но можно предположить, что в поле зрения психиатров она попадает, лишь когда субъекты в этом состоянии совершают тяжкие правонарушения. Просоночные состояния вызывали повышенный интерес не только у клиницистов, но и широкой публики, поэтому получили отражение в художественной литературе. Патологическое просоночное состояние описано в рассказе А. П. Чехова «Спать хочется». Оно имело место у девушки, которая была в доме прислугой и подвергалась унизительным издевательствам и побоям хозяйки. Она недоедала, недосыпала (временная почва), скучала по дому. Таким образом, все факторы суммируются и, укачивая ребенка в люльке, она неожиданно начинает галлюцинировать. Она видит облака, ей кажется, что эти облака смеются как дети, она душит ребенка и со счастливым смехом ложится на пол рядом с ребенком и засыпает. Время написания этого рассказа совпадает по времени с дружбой А. П. Чехова с С. С. Корсаковым. И вполне возможно, что именно он рассказал писателю подобный случай из практики. Несмотря на то что А. П. Чехов был врачом, точность описания психопатологии свидетельствует о том, что в основу рассказа лег какой-то реальный случай. Затем А. И. Солженицын вспомнил этот рассказ при описании болезненных состояний у заключенных, которые подвергались пытке депривацией сна.

Патологическое просоночное состояние — это сверхострое по течению психотическое состояние, возникающее при спонтанном или насильственном пробуждении из глубокого сна. Основным проявлением этого состояния выступает нарушение сознания, феноменологически полностью укладывающееся в сумеречное помрачение сознания. Но так же как и другие исключительные состояния, патологические просоночные состояния возникают не на ровном месте. И во многих случаях удается выявить

органическую патологию головного мозга того или иного генеза. Острая алкогольная интоксикация непосредственно перед развитием просоночного состояния тоже нередкое явление. Во многих случаях испытуемые употребляли алкоголь до засыпания, а просыпаясь, будучи разбуженными насильственно, они совершали тяжелые правонарушения и почти всегда после этого испытуемые снова ложились и досыпали. Затем при пробуждении они практически в 100% случаев амнезируют острый психотический эпизод. Такое досыпание характерно для патологических просоночных состояний.

Очень важный момент, что отмечено во многих немецких руководствах, — указания на имевшие место в анамнезе нарушения сна. Это могут быть сноговорения, снохождения, такие индивидуальные особенности, как замедленное пробуждение, очень глубокий сон и расстройства ориентировки при пробуждении. Большое значение придается предшествовавшим сновидениям — они могут быть кошмарными с угрозой для жизни, и тогда сам деликт, поведение лица во время патологического просоночного состояния является как бы ответом на их угрожающее содержание в виде устранения объекта, угрожающего жизни. Могут иметь место сновидения с психогенной окраской, которые отражают предшествовавшую психогению: ссоры, выяснение отношений, тяжелую конфликтную ситуацию, и тогда при пробуждении действия совершаются в ключе этих сновидений. Важно, что при патологических просоночных состояниях, в отличие от других исключительных состояний, выявляется не фрагментарная амнезия, а тотальная. Раньше в литературе встречались различные термины для обозначения просоночных состояний: «опьянение сном», «просоночный бред». Лица, совершившие правонарушения в состоянии патологического просоноч- ного состояния, признаются невменяемыми.

Таким образом, экспертная оценка так называемых кратковременных психических расстройств не вызывает сложностей (ст. 21 УК — «временное психическое расстройство»).

Выбор мер медицинского характера в отношении лиц, перенесших кратковременные расстройства психической деятельности, должен быть дифференцированным. Наличие в анамнезе у больных органической недостаточности, злоупотребления алкогольными напитками, с учетом личности и общественно опасных действий, является основанием для назначения принудительных мер медицинского характера. Принудительные меры в отношении указанных лиц могут быть осуществлены в психиатрических больницах общего типа. В тех случаях, когда исключительные состояния возникают у лиц, не злоупотреблявших ранее алкоголем, с положительным социальным статусом, при нерезко выраженной патологии почвы, можно рекомендовать амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. При необходимости лечения

органической почвы и психогенных расстройств, наблюдающихся нередко у лиц, перенесших кратковременные психотические состояния, этим больным может быть рекомендовано обследование и лечение в психиатрическом стационаре вне рамок применения принудительных мер медицинского характера.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Назовите формы клинических кратковременных расстройств психической деятельности.
- 2. Каковы основные клинические проявления кратковременных расстройств психической деятельности?
- 3. Определите принципы судебно-психиатрической оценки кратковременных расстройств психической деятельности.

Литература

Белов В. П., Докучаева О. Н., Демонова Д. П. Клинико-нозологическая характеристика синдромов расстроенного сознания в судебно-психиатрической практике // Кратковременные психические расстройства в судебно-психиатрической практике. М., 1983. С. 72—79.

Введенский И. Н. Исключительные состояния // Судебная психиатрия. М., 1950. С. 296—310.

Бордова Т. Н. Некоторые варианты расстройства сознания в отдаленном периоде ЧМТ в судебно-психиатрическом аспекте // Проблемы сознания. М., 1966. С. 520—527.

Доброгаева М. С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической клинике : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1989.

Докучаева О. Н. К вопросу о возможности повторения патологического опьянения // Практика судебно-психиатрической экспертизы. М., 1960. № 2. С. 95—101.

КалашникЯ. М. Патологический аффект // Проблемы судебной психиатрии. М., 1941. Вып. 3. С. 241—280.

Печерникова Т. П. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) // Судебная психиатрия. М., 1998. С. 343—356.

Печерникова Т. П., Доброгаева М. С. Исключительные состояния в судебнопсихиатрической практике // Судебно-медицинская экспертиза. М., 1986. № 3. С. 43—46.

Усюкина М. В. Кратковременные психические расстройства при органических психических расстройствах // Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой / под ред. Т. Б. Дмитриевой, А. Ю. Бере- занцева. М., 2009. С. 199—206.

Ясперс К. Общая психопатология (1923). М. : Практика, 1997.

СИМУЛЯЦИЯ И ДИССИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В результате освоения материала данной главы обучающийся должен:

знать

- • основные проявления симуляции и диссимуляции психических расстройств;
- • судебно-психиатрическое значение симуляции и диссимуляции психических расстройств;

уметь

- • определять основные проявления симуляции и диссимуляции психических расстройств;
- • выделять формы и закономерности симуляции и диссимуляции психических расстройств;
- • устанавливать особенности судебно-психиатрической оценки лиц с симуляцией и диссимуляцией психических расстройств;

владеть

• навыками определения и судебно-психиатрической оценки симуляции и диссимуляции психических расстройств.

Симуляция и диссимуляция психических расстройств — это разновидности сознательного установочного поведения. Согласно общепринятому определению **симуляция психических заболеваний** — это сознательное притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства и осуществляемое с корыстными целями, — как правило, в надежде избежать наказания. Аналогичное понимание симуляции имеется и в зарубежных руководствах. Например, в руководстве Г. И. Каплана и Б. Дж. Сэдока (1999): «Симуляция характеризуется наличием произвольно предъявляемых ложных или сильно преувеличенных физических или психологических симптомов». Всегда имеется *внешняя мотивация,* которая укладывается в одну из трех категорий: 1) избежать трудных или опасных ситуаций — ответственности или наказания; 2) получить компенсацию, бесплатное обслуживание и палату в больнице, лекарства или приют в полиции; 3) совершить возмездие, когда

жертве приходится чувствовать свою вину или страдать от финансовых затрат, наказания по закону или утраты работы. Наличие отчетливо очерченной цели является основным фактором, который позволяет дифференцировать симуляцию с искусственно демонстрируемыми расстройствами (согласно DSM-IV «синдром Мюнхгаузена» — разновидность истерического (гистрионического) расстройства личности, проявляющегося фантастической псевдологией с демонстрацией несуществующих физических или психологических симптомов и бессознательным стремлением получать внимание и заботу окружающих).

К симуляции следует относить не только ложные жалобы и имитацию несуществующей симптоматики, но также и все другие проявления сознательного притворства: предъявление ложного анамнеза или его фальсификацию, отказ от контакта, предъявление «очевидцев» душевного расстройства, нелепую письменную продукцию и т.п.

По картине симулятивного поведения с известной долей условности можно выделить два типа: имитационный и вербальный. Для первого характерна следующая тенденция — подэкспертный предпочитает изображать психопатологические нарушения, нежели их словесно расшифровывать. Для второго типа характерно обратное — подэкспертные меньше имитируют проявления болезни, но демонстрируют ее больше на словах, их симулятивное творчество больше вербализовано. Вопрос о симуляции психозов остается одним из спорных в области психиатрии. Длительное время среди психиатров существовали две диаметрально противоположные точки зрения на саму возможность возникновения симуляции в ее «чистом» виде, на легкость ее проведения и распространенность.

Начало научного этапа в изучении симуляции психозов связывают с именем Пауля Закхиаса — врача, жившего в XVII в. в самом центре католического мира — в Папской области. В своем трактате «Quaestiones medico-legales» он посвятил притворному помешательству целую главу, причем, по словам Б. Мореля, жившего двумя столетиями позднее, Закхиас разработал этот вопрос с такой обстоятельностью и знанием дела, будто он писал в нынешний (с Морелем) век. Закхи- асу принадлежит одно из крылатых выражений, сохранившихся в истории психиатрии: «...почти нет болезни, которая так легко симулируется и так часто бывает притворной, как умопомешательство, и вместе с тем нет ни одной болезни, которую так трудно распознать, как душевное страдание».

Первое направление во взглядах на симуляцию, которое говорит о ее легкости и распространенности, было связано прежде всего с французской школой. Этой теме уделили свое внимание такие выдающиеся авторитеты, как Б. Морель, Э. Ласег, А. Тардье, Ж. Байарже и др., они придавали проблеме симуляции важное судебно-психиатрическое значение. Схожей

точки зрения придерживались и ряд отечественных авторов (А. А. Говсеев, И. И. Иванов).

В немецкой психиатрии XIX в. сложилось другое мнение: немецкие авторы не придавали большого практического значения этому явлению. Такое мнение разделял и Р. Крафт-Эбинг. В частности, он писал: «Чтобы оценить трудность задачи симулянта, надо представить себя в его положении. Симулянт похож на актера, но с той разницей, что актер получает уже готовую роль, которую он должен только тщательно изучить, а симулянт должен быть в одно и то же время и поэтом, и актером, даже более того — он должен быть постоянно импровизатором. Он, так сказать, не сходит со сцены, если за ним непрерывно наблюдают, — между тем как актер по временам может удаляться за кулисы и отдыхать. Вдобавок к этому, притворщик имеет пред собою зрителями не профанов, а специалистов, которые зорко следят за его ролью и не отвлекаются от своей критической задачи никакою театральной декорацией. Несмотря на преимущества своего положения пред симулянтом, актер обыкновенно устает уже после нескольких часов игры, — что же должен испытывать симулянт?»

Таким образом, по мнению Р. Крафт-Эбинга, все это делает симуляцию почти невозможной и, следовательно, то, что диагностируется как симуляция, является обычно нераспознанной болезнью. Эта точка зрения получила окончательное завершение в широко известной в свое время формулировке П. Мебиуса: «Число симулянтов, которое врач наблюдает, обратно пропорционально врачебным знаниям наблюдателя». Следует отметить, что здесь нашло свое отражение господствовавшее в то время учение о дегенерациях, когда любые отклонения со стороны психики (в том числе и притворные), наблюдавшиеся у лиц с дегенеративной конституцией, приравнивались к проявлениям душевного заболевания.

Сходной позиции придерживался и основоположник русской судебной психиатрии профессор В. П. Сербский, который, как и Р. Крафт- Эбинг, считал, что у здорового симулирующего субъекта «не может хватить постоянного напряжения всего организма для изображения новой личности, которая спит, ест, двигается, думает, чувствует и поступает совсем не так, как до болезни», а само наличие такого поведения говорит о биологической неполноценности личности.

Такие противоречивые данные объяснялись различными причинами. Играли роль этапы развития психиатрии как науки: в период развития учения о дегенерациях, симуляции на той или иной патологической почве (осуществлявшиеся психопатическими личностями, невротиками, алкоголиками) часто приравнивались к проявлениям душевной болезни и не учитывались при подсчете случаев симуляций. Играл роль и личный опыт психиатров и характер материала учреждений, где проводились

исследования (в стационарах для военной, трудовой, судебно-психиатрической экспертизы, тюремных больницах, разумеется, симуляция встречается наиболее часто). Противоречивые утверждения были вызваны также не вполне четкими границами между симуляцией и психогенными реакциями истерического типа. Вопросы о роли истерических механизмов в развитии и фиксации симулятив- ного поведения занимали большое место в психиатрических работах. Действительно, между симуляцией и реакциями истерического типа есть общие черты. В первую очередь — психологически понятные пути развития. Вместе с тем разница между ними принципиальная. Симуляция — по определению — осознанное, целенаправленное поведение, тогда как в основе истерических реакций лежат бессознательные защитные психологические механизмы, принимающие гипертрофированный характер и приводящие к формированию психопатологических симптомов. Как говорили в прошлом авторы, «симулянт обманывает только окружающих, истерик — и себя, и окружающих, если притворщики хотят казаться больными, то истеричные хотят быть больными».

Вместе с тем грань между подсознательным желанием болезни при истерической реакции и сознательным изображением болезни при симуляции может быть весьма относительной. Иногда симуляция, начавшись как сознательное поведение, может подвергнуться истерической фиксации, «соскользнуть» в более глубокие слои личности и стать реакцией полусознательной. В то же время психогенная реакция в целях самозащиты может быть сознательно задержана и симуля- тивно продлена.

Отсюда могут возникать трудности дифференциальной диагностики. Наиболее часто подобные, сложные для квалификации состояния встречаются в пенитенциарной практике, когда имеются и массивная психогения, и психогенные расстройства, и элементы их фиксации, усиления, предъявления. Существенное влияние на распространенность симуляции оказывают социальные факторы, т.е. круг ситуаций, когда можно получить вследствие подобного поведения какую-либо выгоду, в том числе материальные блага (вспомним определение из американского руководства) и особенности уголовного законодательства и этапы общественно-политической жизни. Так, существенные коррективы во взгляды на симуляцию внес опыт Первой мировой войны, после чего и немецкие авторы согласились, что симуляция психозов не только возможна, но в отдельные периоды общественно-политической жизни становится весьма частым явлением.

Формы симуляции.

Применительно к судебно-психиатрической практике симуляцию разделяют по хронологическому признаку по отношению к совершенному правонарушению и выделяют следующие формы:

- 1) *превентивная или предварительная симуляция* (осуществляемая перед совершением правонарушения с целью дальнейшего уклонения от ответственности). Сравнительно редкий вид, но в практике последних лет встречаются случаи, когда, прежде чем заняться активной противоправной деятельностью и попасть в поле зрения правоохранительных органов, отдельные лица в течение достаточно длительного времени «нарабатывали» себе психиатрические диагнозы: становились на учет в психоневрологические диспансеры, госпитализировались в психиатрические больницы. Затем экспертам предъявляется подлинная меддокументация с описанием психопатологии, предъявляются свидетели «психического расстройства»;
- 2) *интрасимуляция* (осуществляемая в момент совершения правонарушения с целью сокрытия истинных его мотивов) — встречается редко;
- 3) *постсимуляция* (осуществляемая после совершения правонарушения с целью уклонения от ответственности) — наиболее распространенная разновидность.

Распространенность симулятивного поведения.

В практике ГНЦССП им. В. П. Сербского, по данным наблюдений, что совпадает и с данными региональных СПЭУ, те или иные симулятивные проявления (различные по характеру и степени выраженности) отмечаются у 4—6% подэкспертных, проходящих СПЭ.

Классификация по отношению симуляции к патологической «почве» следующая.

- 1. *Истинная* (или «чистая») *симуляция.* Сознательное изображение психического расстройства абсолютно здоровым лицом встречается редко. Это объясняется тем, что лицу с теми или иными психическими аномалиями или имеющему опыт болезненных психопатологических переживаний, гораздо легче воспроизводить признаки психического расстройства, нежели психически здоровому субъекту. В этих случаях говорят о симуляции, осуществляемой на патологической «почве».
- 2. *Симуляции, возникающие на патологической почве.* Необходимо пояснить, что к симуляциям, осуществляемым на патологической почве, следует относить все случаи симуляций, если испытуемому установлен какой-либо психиатрический диагноз, так как «почва» всегда в той или иной степени определяет картину симулятивного поведения, о чем будет сказано ниже.

По соотношению клинической картины «почвы» и картины симулятивного поведения выделяют три разновидности:

- а) *аггравация* — умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений перенесенного психического заболевания;
- б) *метасимуляция* — сознательное продление заболевания, изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни;
- в) *сюрсимуляция* — изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию, больными с психозами. Как правило, наблюдается у больных шизофренией с целью диссимуляции («сюрсимулятивная диссимуляция»), т.е. восстановления статуса психически здорового. Например, больной шизофренией поступает в психиатрический стационар, начинает нелепо себя вести, а затем заявляет, что он симулировал не только сейчас, но и раньше — при предыдущих госпитализациях и он психически здоровый человек.

Таким образом, *диссимуляция* — это поведение, направленное на сохранение (восстановление) социального статуса здорового человека. Данное определение универсально для всех заболеваний (не только психических). В то же время диссимуляцию следует отличать от состояний бредовой недоступности у больных с психозами, когда контакт с больным затруднен из-за «загруженности» больного психопатологическими переживаниями и бредового отношения к окружающим.

Вместе с тем у психотических больных в судебно-психиатрической практике может наблюдаться сюрсимулятивное поведение и с целью уклонения от ответственности в силу отсутствия критического отношения к имеющимся у них тяжелым психопатологическим расстройствам.

Можно привести наблюдение профессора Т. П. Печерниковой, которое она часто использовала в своих лекциях. Двое соседей, проживавшие в коммунальной квартире, враждовали между собой, ссорились, постоянно ругались и угрожали друг другу. В конце концов, одного из них нашли зарубленным в кровати. Все были уверены в том, что это сделал его сосед. Обвиняемому сначала не была проведена судебнопсихиатрическая экспертиза, но у суда возникли сомнения в его психическом состоянии, поскольку он вел себя неадекватно. Его направили на стационарную СПЭ, где было дано заключение о симуляции. А симулировал он следующим образом: говорил два слова, что-то вроде «татай-ляляй». Ему в суде задают вопрос, а он в ответ — «татай-ляляй», его снова направили на экспертизу. Эксперты рассуждали следующим образом: «Грубая симуляция, ну кто из душевнобольных так себя ведет?» и снова поставили симуляцию. Затем его направили в Институт им. В. П. Сербского. Он садился перед экспертами, развалившись, нога на ногу, смотрел в лицо и говорил: «татай-ляляй». Идет в палату — общается с больными, ведет себя адекватно, приходит к врачам — снова такое же поведение — нелепое, однообразное, непродуктивное. Ему

прямо говорили, что хватит так себя вести, что ему не верят, а он опять свое. Еще раз запросили следствие, чтобы осмотрели его комнату, поискали письменную продукцию — какие-нибудь письма, записки, дневники для представления их на экспертизу. В комнате ничего не нашли, но прислали интересную справку. Во-первых, из его комнаты в комнату соседа была просверлена дырка и вставлено стекло. И второе, что у него нашли — большое количество шапочек, сделанных из фольги. Когда начали спрашивать его — зачем дырку просверлил, он ответил: «Я хотел знать, что делает мой враг». На вопрос «Ну и что он делает?» ответил: «Когда его нет, все спокойно, а когда появляется, то начинает работать аппаратура, которая начинает на меня воздействовать». То есть у пациента имелся развернутый синдром Кандинского, переживание постороннего воздействия на его мыслительные процессы и ощущения, а шапочками он спасался. И за это он соседа убил. Его спросили — что же ты раньше этого не говорил, ведь уже третий раз на экспертизе? Он ответил: «Я не хочу идти в тюрьму, ведь это все правда, что он на меня воздействовал, и кто бы мне поверил, что шапочкой можно защититься от этого». Это то, что называется сюр-симуляцией. У лица нет критики к своей болезни, но оно симулирует, чтобы его признали психически больным.

Необходимо еще раз пояснить, что хотя, как уже указывалось, к симуляциям, осуществляемым на патологической почве, следует относить все случаи симуляций, если испытуемому установлен какой-либо психиатрический диагноз, термин «сюрсимуляция» больше относится к лицам с психическим расстройством психотического регистра. Так, например, в случае если пациент с личностной патологией симулирует бредовые идеи, это не называют сюрсимуляцией (хотя это и является симуляцией на патологической почве), а если больной шизофренией начинает нарочито нелепо себя вести — то это можно обозначить как сюрсимуляцию.

Идею, что симулировать могут и тяжелые психически больные, относят к В. Гризингеру, который в 1897 г. высказал мысль, что душевнобольные обнаруживают тенденцию скрывать (диссимулировать) реальные симптомы душевного заболевания, демонстрируя другие (не свойственные им) психотические симптомы. То есть осуществляется симуляция с целью диссимуляции истинного заболевания. Позднее эта проблема была разработана французами и данное явление получило название сюрсимуляции.

Хотя справедливости ради следует сказать, что в отечественной психиатрии этот вопрос был освещен значительно раньше, так как в 1894 г. вышла монография А. А. Говсеева «Симуляция душевных болезней и патологическое притворство», где он разрабатывал проблему симуляции на патологической почве, называя ее «патологической симуляцией». Ученый описал случаи различных форм симуляций при шизофрении, прогрессивном

параличе, олигофрении, маниакальных состояниях. Изучение симуляций, возникающих на патологической почве, показало, что в подавляющем большинстве случаев дефектные личности выбирают родственную своему дефекту форму симуляции, т.е. аггравацию, (умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений перенесенной в прошлом болезни). Может быть аггравация интеллектуальной недостаточности у умственно отсталых, расстройств памяти у органиков.

Формы симуляции, родственные основному дефекту психики, могут легко становиться фиксированной формой поведения. Симуляции, при которых изображаются симптомы не свойственные имеющемуся дефекту (сюрсимуляция), встречаются значительно реже, более трудны для пациентов в плане их воспроизведения и редко приобретают фиксированный характер. В целом наблюдения за симулирующими больными шизофренией показали у них карикатурный характер симуляции. То нелепо себя ведут, то раскрывают нарочитый характер своего поведения, то снова к нему возвращаются, т.е. происходит своего рода бесцельная игра, отражающая нарушения в мыслительной и мотивационной сферах больных.

Завершая тему диссимуляции у больных шизофренией, следует отметить, что ее форма зависит от этапа заболевания. На инициальном этапе болезни, при наступающем чувстве собственной измененности больные замыкаются вследствие опасений, что окружающие могут заметить наступившие изменения, и диссимуляция приобретает *аутистический* модус. При прогрессировании заболевания, появлении выраженных странностей в поведении больные начинают стремиться давать своим поступкам «психологически понятные» объяснения (пришел поздно и испачканный, потому что заблудился, напали бандиты и т.д.). Такой модус можно назвать *рационалистическим.* При дальнейшем нарастании расстройств мышления и потере ориентации больных в том, какие их поступки и высказывания могут быть восприняты окружающими как болезненные, рассуждения принимают алогичный характер. Больные смешивают реальность и их болезненное восприятие действительности. Данный модус диссимуляции можно обозначить как *паралогически-резонерский.* При усложнении параноидной симптоматики и при парафренном синдромах диссимуляция приобретает *негативистический* характер — больные утверждают, что они психически здоровы и отказываются от бесед на эту тему, тогда как по другим вопросам контакт может сохраняться.

«Чистая» симуляция у абсолютно психически здоровых субъектов встречается редко, в практике ГНЦССП им. В. П. Сербского не более чем в 2% наблюдений. Во всех остальных случаях речь шла о симуляции на той или иной патологической почве с широкими вариациями по ее характеру и степени выраженности. В качестве «почвы» первое место делят расстройства

личности и органические психические расстройства, далее с большим отрывом идут другие психиатрические нозологии. В отдельные периоды времени большой процент от числа наблюдений составляли метасимуляции после перенесенных реактивных психозов (более 40%).

Наличие патологической почвы у симулирующего субъекта не является причиной его симуляции. Однако психические аномалии могут облегчать проявления тенденции к симуляции, ее удержанию, продлению и могут служить формообразующим фактором симуляции, прямо или косвенно определять пути и схемы симулятивного поведения, наиболее соответствующие врожденным или приобретенным конституциональным особенностям личности, чертам психического дефекта или особенностям функционально-ослабленных систем. Таким образом, хотя симулятивные тенденции (как сознательное, целенаправленное поведение) исходят прежде всего из здоровых свойств личности и подчиняются тем же закономерностям мотивации и эмоционального сопровождения, как и любое другое поведение, наличие патологической почвы является фактором, облегчающим выбор формы симуляции и способствующим ее удержанию.

Так, замечено, что лица с возбудимыми личностными чертами в качестве формы симуляции обычно выбирают субступор (т.е. двигательную заторможенность); тормозимые часто симулируют астенические симптомы; эпилептоиды — апатоабулические явления; истероидные склонны к фантазированию; шизоиды, как правило, предъявляют метасимуляцию после перенесенных реактивных состояний; лица с умственной отсталостью аггравируют интеллектуальную неполноценность.

Как указывал еще А. А. Говсеев (1894), сложность дифференциации симуляции и психических расстройств усугубляется тем, что часть симулятивных феноменов лежат на стыке психологических и патопсихологических проблем: откровенность и истинность показаний, болезненно обусловленные искажения действительности, патологическая лживость, патологическое притворство, истерическая фиксация, самооговоры и т.д.

Необходимо учитывать, что большинство симулирующих, какую бы систему они ни выбрали, сознательно или полусознательно руководствуются в своем поведении несколькими психологически понятными установками:

- • во-первых, они стремятся к наибольшему реабилитирующему эффекту, и с этой целью «косметически» подправляют свой анамнез, умалчивают компрометирующие факты, избегают в чем-либо винить себя, отрицают, преуменьшают или оправдывают правонарушение;
- • во-вторых, они заинтересованы в наибольшей «информативности» для эксперта своей «симптоматики». Поэтому вынуждены обращать на

нее внимание, подчеркивать, повторять, навязывать, опасаясь «просмотра» ее врачами, т.е. проявлять активность;

- • в-третьих, симулянты стараются добиться наибольшей убедительности в проявлении болезни; отсюда смена симптомов, заимствование, нагромождение симптоматики, отстаивание перед экспертами своих заявлений, намеренное игнорирование их нелепости или попытка их логического объяснения.

Можно перечислить предпосылки, способствующие симулированию, помимо патологической почвы:

- — *личностные черты* непатологического характера: антисоциальные тенденции, неприятие ситуации, отсутствие чувства вины; эгоцентризм, лживость, самоуверенность, упрямство, в определенной степени наблюдательность и выносливость, психическая гибкость, некоторые актерские способности;
- — *ситуационные факторы:* ситуация стресса, изоляция с характерным для него аффектом тревоги, беспокойством, страхом перед будущим, переживанием неопределенности ситуации.

Сочетание указанных факторов в значительной степени повышает вероятность симуляции и способствует ее упорному характеру. Нельзя сбрасывать со счетов и «тюремный инструктаж», обучение подэкспертных способам симулирования психических расстройств. Ниже приводится письменная «инструкция», попавшая в распоряжение экспертов и получившая неофициальное название «меморандум»[1].

Санек! Лучше всего тебе начать с «гонки»[2]. На суду реактив второй раз может не прокатить, вызовут эксперта и осудят в наглую. Кричи на суду, что ты не преступник, что судит тебя не судья, потому что ты слышал, как они в соседней комнате всю ночь спорили и приговорили тебя к смерти. Все преступления — «подделанные» — этих ребят специально подослали к тебе, и они давно гуляют на воле, а на суду совсем другие и ты их не знаешь. Будешь говорить с экспертом — смотри ему только в подбородок или в плечо, взгляд рассеянный, неопределенный, даже очень постарайся расплакаться, даже разрыдаться. Лучше всего на суду начать так: приведут тебя, посадят на скамью, замкнись, потупи взгляд, шапку не снимай. Судья скажет — «снимите шапку», ты не реагируй. Конвой постарается снять с тебя шапку, ты шарахнись от него в сторону и крикни: «Не трогайте меня, у меня голова и так холодная и пустая, а это не судьи, я слышал как они всю ночь в соседней комнате...» и т.д. В это время показывай на них рукой и вообще побольше жестов, кидайся на барьер. В таком состоянии тебя судить не будут. Это для суда.

Теперь для института. Врачу будешь говорить, что тебе в затылок смотрит какой-то человек, он из МУРа. Пока ты его не знаешь, но пытаешься обнаружить его. Когда он смотрит, то у тебя начинают шевелиться мозги и ты не можешь ничего обдумать. После этого сильно болит голова, все в голове путается. Будут спрашивать когда «он» смотрит, ты скажешь, что когда «ему» бывает нужно, тогда и смотрит. Будь упрям и настойчив до конца. Со мною лежал во втором отделении парнишка с этим диагнозом, его признали. Скажешь, что бывает, что твой мозг, когда устает, то спит, отдыхает. Постоянно ходи задумчивым, тоскливым, неулыбчивым. Сядешь на койку, уставишься в пол и сидишь, вечером немного походи, сел, задумался, опять походи (не быстро), лег, уставился в потолок, потом опять сел. В игры не играешь, книг не читаешь, не умываешься. От передачек отказывайся, говори, что у тебя никого нет, все тебя бросили, никому ты не нужен. Разговор у тебя должен быть путанный, старайся чтобы врач сама из тебя все вытягивала. Будут задавать вопросы: «Шила в мешке не утаишь?» Ответ: «Да... оно острое», или: «В чужие сани не садись?» — Ответ: «Сделай свои и садись». Отвечать на все не в переносном смысле, а в прямом, по этим примерам. Ночью постарайся не спать, ворочайся, двигай койку, броди по палате, в туалет. Спустят в изолятор, для тебя лучше, там спокойнее. Старайся побольше рыдать, в основном по ночам, и делай попытки к самоубийству: затягивай руку и пробуй кусать вены, давиться полотенцем. Ты должен быть обидчив по всяким пустякам, не базарь с нянъками. Обедай на своей койке, аппетит плохой, безразличие, неразборчивость. Кругом все смеются, издеваются, называют дураком, а они сами все дураки. Диагноз этот не копирован слово в слово, просто здесь взял его основу и разработал бред похожий на тот. Так что смело с ним заруливай. Да, будут врачи делать уколы в ягодицы, ты говори им: «У меня болит голова, а мне лечат ж...» Ну вроде все.

Тверди одно и то же, что я написал, чтобы они тебя не сбили. Спросят куда ты хочешь, в больницу или в тюрьму, ответишь — «домой!» Они тебе скажут: «поедешь в больницу» — ты заплачь, и говори что ты умный и изобрел ракету. Санек! Как можно больше наглости. Говори медленно и сбивчиво, делай паузы между вопросом и ответом на 6—7 сек. В институте веди себя единоличником, пусть ВСЕ считают тебя дураком, только тогда успех. Спросят, был ли ты у нас в институте, говори что нет, просто меня долго возили по тюрьмам и по всякому издевались. В камере события ты помнишь, а мелочи нет. Книги тебя очень утомляют, прочитаешь несколько страниц и тут же их забываешь, и не помнишь их смысла. На трудные подковыристые вопросы отвечай — не знаю. Говори что ты умный человек и что ты придумал ракету, которая будет летать к звездам. Будут просить нарисовать ее или объяснить конструкцию, ты скажешь, что когда меня отпустят домой, то я ее сразу нарисую и отошлю.

Проявления современной симуляции различаются по степени продуманности и системности, активности предъявления симптоматики, ее массивности и экспрессивности. Единой теории, объясняющей симуляцию как явление, а также общепринятого распространенного мнения о механизме симуляции не существует. С психологической точки зрения симуляция представляет собой сложное, целенаправленное поведение, в основе которого лежит мотив избежать наказания посредством достижения статуса психически больного. Следовательно, устойчивость и длительность этого поведения будет зависеть от уровня мотивации и от достижения или недостижения конечного результата (т.е. статуса психически больного).

Исходя из понимания симуляции как сознательного притворного поведения и из того, что симулятивные тенденции — проявление прежде всего здоровых свойств личности, можно утверждать, что симуляция — это вид поведения, имеющий своей целью ввести в заблуждение специалистов, а его содержательной стороной является подача заведомо ложной информации, т.е. ложь, неправда. В западной психологической науке (а в последние десятилетия работы на эту тему появились и в отечественной литературе) давно развивается такое направление, как психология лжи. Данные работы имели преимущественно прикладной характер. Значительная часть подобных исследований посвящена детектору лжи: различным теориям его построения и эффективности применения в различных областях, — например, при доказательстве обвинения в суде. В основе детектора лежит оценка физиологических (вегетативных) сдвигов в организме при задавании вопросов на значимые темы или предъявлении иного стимульного материала. Ложные ответы, как правило, сопровождаются заметными изменениями вегетативного статуса. Большое внимание также уделялось анализу вербальных и невербальных признаков, на которые должен ориентироваться человек для оценки, лжет или нет его партнер по общению. Подобный анализ может применяться в отделах персонала в различных учреждениях. Например, если претендент при приеме на работу слишком долго обдумывает ответы на простые вопросы, отвечает неопределенно, пропускает необходимые детали, избегает зрительного контакта, то проводящий собеседование сотрудник может заподозрить, что тот лжет с целью произвести лучшее впечатление.

Вместе с тем в психологической литературе по данной проблеме обсуждался вопрос содержания терминов «ложь», «неправда», «обман», в чем их сходство и различие.

Неправда — это утверждение, не соответствующее фактам, но без сознательной цели ввести партнера в заблуждение (при этом осознается ложность того, что говорится, или не осознается, т.е. человек сам искренне заблуждается).

Ложь — умышленная передача сведений, не соответствующих действительности, с целью дезинформировать партнера, ввести его в заблуждение.

Обман — более широкая категория, чем неправда и ложь. Обманывая, человек намерен ввести партнера в заблуждение и для этого осознанно говорит партнеру или неправду, или полуправду, или даже правду, но поданную определенным образом.

При анализе неправды, лжи и обмана в психологии предлагается выделять три признака:

- 1) фактическая истинность/ложность утверждения;
- 2) вера говорящего в истинность/ложность утверждения;
- 3) отсутствие/наличие у говорящего намерения ввести в заблуждение.

Утверждение	**Истинное**	**Ложное**
Вера в утверждение	Верит	Не верит
Намерение ввести в заблуждение партнера	Нет	Да

Таким образом, модус поведения и характер высказываний у симулянта укладываются в разряд ложных, и понятие симуляции весьма тесно соприкасается с понятиями лжи и обмана. Более подробно с психологическими аспектами лжи можно ознакомиться в трудах П. Экмана и В. В. Знакова.

В течение десятилетий, до начала 1990-х гг., отмечались тенденции к усложнению клинических проявлений симуляции, предъявляемая подэкспертными симптоматика становилась более тонкой и клинически разнообразной. Проявления грубой и примитивной симуляции встречались редко, и их констатация заставляла подозревать наличие выраженной патологической почвы в виде интеллектуального дефекта, постпсихотических состояний, психогенного видоизменения процессуальных заболеваний и пр. Увеличивавшуюся сложность симуляций можно объяснить возраставшим культурным уровнем правонарушителей, возможностью их общения с психически больными, ранее лечившимися в психиатрических больницах, постоянно возрастающим количеством судебно-психиатрических экспертиз, когда испытуемые уже знакомы с методами их проведения, установками экспертов. Симуляция является в значительной степени индивидуальным творчеством, причем на выбор ее способа и формы влияют многие факторы помимо патологической почвы: характер и темперамент симулирующего, его жизненный опыт, влияние окружающей микросреды.

Шкала наиболее часто симулируемых симптомов со временем меняется. В 1930-е гг. симулировались преимущественно бредовые синдромы и аффективные расстройства. В период Великой Отечественной войны часто симулировались органическое слабоумие и проявления, тяготеющие к клинике тяжелых психогенных расстройств с преобладанием истерического (диссоциативного) радикала — мутизм (отсутствие речевого контакта), элементы псевдодеменции и пуэрилизма (регрессивные формы поведения). В 1970—1980-е гг. больше всего симулировалась вялая адинамическая депрессия с гипомимией, двигательной заторможенностью, установкой на недоступность или мутиз- мом, периодическими или со ссылками на опасение «отравления» отказами от еды и демонстративными псевдосуицидальными проявлениями. Нередко на этом фоне преподносятся элементарные слуховые или зрительные галлюцинаторные расстройства (голоса, окликающие или приказывающие, угрожающие «фигуры людей», обычно одетые в черное, устрашающие лица, руки, протягивающиеся к испытуемому или устремленные на него огромные глаза и т.д.).

Таким образом, преобладают формы симуляции, которые не требуют со стороны симулирующего обширных психиатрических знаний и значительных усилий для их воспроизведения, они мало истощают организм и легко могут становиться фиксированной формой поведения. Необходимо отметить, что симулятивное поведение несет на себе отпечаток бытующих в общественном сознании стереотипов.

Вместе с тем встречаются и случаи более сложной симуляции с предъявлением «бредоподобных» высказываний, различных по структуре — от псевдопаранойяльных до псевдопарафренных. В рамках псев- допараноидной симптоматики продуцируются в основном «персекутор- ные» идеи («следит» и «преследует» полиция, дело «подстроили» и т.д.), идеи «воздействия» (аппаратами, лучами, гипнозом) и «одержимости» (внутри другой человек, змея, в голове черви и т.д.). Распространившиеся с начала 1990-х гг. в нашей стране культовые религиозные новообразования (секты) и мода на мистику, оккультизм, сопровождающаяся мифологизацией общественного сознания, также внесли свою лепту в содержание псевдоболезненных высказываний. Нередки нарочитые предъявления испытуемыми жалоб о влиянии на них черной и белой магии, умение «выйти в астрал» и общаться с «иным миром», Богом и т.д., при этом в качестве признаков душевного заболевания может демонстрироваться то, чему их «учат» наставники в сектах. Знание сути учения религиозных сект и его влияния на формирование самосознания помогает в таких случаях отличить психопатологию от неболезненных высказываний сектантов.

Предположение о симуляции должно возникать в тех случаях, когда усматривается возможность *наличия корыстных мотивов* предъявления психопатологической симптоматики. Как уже указывалось, у рецидивистов,

лиц, педагогически и социально запущенных, симуляция встречается чаще, чем у лиц, впервые привлекающихся к уголовной ответственности, хотя уголовное прошлое испытуемого не должно тяготеть над экспертом. *Настойчивое желание* испытуемого каким-либо образом связать совершенное им правонарушение с болезненной симптоматикой (голосами, видениями, преследованиями и т.д.), а также полный отказ от содеянного с упорными ссылками на подстроенность дела. *Своеобразная форма* преподнесения испытуемым психических нарушений — чрезмерная старательность, «добросовестность», утриро- ванность жалоб в сочетании с их стереотипностью и заштампованно- стью, однообразными формами поведения. Во время беседы у испытуемых обычно проявляется заметная напряженность, плохо скрываемое раздражение. При спонтанном предъявлении испытуемые не способны развить, конкретизировать свои идеи, быстро истощаются, замыкаются, у них возникает установка на недоступность, что сочетается с собранностью и внимательностью, указывающими на заинтересованность в исходе экспертизы.

Большое значение имеет *констатация нетипичности,* полиморфно- сти, лоскутности, схематичности предъявляемой симптоматики, когда отсутствует целостная, «гармоничная» картина какого-либо психического заболевания, т.е. имеется своеобразная «незаконченность» статуса. Особое внимание следует обращать на *внутреннюю противоречивость* симптоматики, наличие несовместимых и «лишних» симптомов. Такая несовместимость может быть *статической* — например, сочетание мутизма с пуэрилизмом, слабоумия со сложным систематизированным бредом, идея переоценки собственной личности на фоне деприми- рованности, отказные псевдодементные ответы без других признаков реактивного психоза. Возможна и *динамическая несовместимость,* когда нарушается характерный стереотип развития синдрома, т.е. закономерности синдромокинеза, — например, появление двигательного компонента синдрома психического автоматизма раньше идеаторного, дезориентировки в месте раньше, чем во времени.

Важным дифференциально-диагностическим аргументом может быть констатация *несоответствия психического статуса испытуемого его объективному анамнезу,* когда в условиях судебно-следственной ситуации происходит быстрое развертывание сложных «психотических» картин без этапа инициальных расстройств, отсутствуют закономерности динамики развития и течения психических расстройств, т.е. опять же нарушаются закономерности синдромогенеза и синдромокинеза. Может наблюдаться *несоответствие* высказываний и жалоб испытуемого его *поведению,* дифференцированность и двойственность поведения испытуемого. Одновременно с этим есть много *соматических* и *неврологических симптомов,* принципиально не поддающиеся симуляции (например, симптом Аргайла — Робертсона —

неравномерность реакции зрачков на свет при прогрессивном параличе и т.д.).

Особое место занимает симуляция *кратковременных психических расстройств.*Среди испытуемых бытует мнение, что достаточно стереотипно ссылаться на запамятование на период правонарушения и этого довольно для признания невменяемым. Вместе с тем лица, перенесшие временные расстройства психической деятельности и совершившие в психотическом состоянии тяжкие правонарушения, испытывают чувство вины. Совершенное чуждо их личности, и они пытаются разобраться в происшедшем, переживают. Тогда как симулянты стереотипно предъявляют амнезию, оставаясь при этом безучастными к совершенному.

Бывает ли, что симуляцию просматривают? Безусловно, подобные случаи бывают. В этих случаях переоцениваются данные анамнеза со слов испытуемых и их родственников и не используются возможности для дополнения субъективного анамнеза объективными сведениями. Негативную роль сыграла имевшаяся в свое время тенденция к *гипердиагностике шизофрении,* когда в общепсихиатрической сети без достаточных оснований устанавливался этот диагноз, что затрудняло в дальнейшем экспертную оценку. При проведении экспертизы игнорировалась статичность предъявлявшейся симптоматики в сочетании с ее нарочитостью, полиморфностью. Не оценивались факты заимствования симптоматики у других больных, находящихся в поле зрения симулирующего. Игнорировалось противоречие упорядоченного, дифференцированного поведения испытуемого массивному психопатологическому содержанию его высказываний. Как правило, гипердиагностический крен делался в сторону шизофрении. При этом переоценивались отрывочные указания симулирующих на изолированно существующие оклики, «голоса», «странные» увлечения в прошлом, «преследования» со стороны окружающих, холодность в отношениях с близкими. Вместе с тем все эти симптомы, внешне напоминающие шизофренические, недостаточно информативны для постановки диагноза. Для *первичной диагностики шизофрении в условиях СПЭ* необходимы три слагаемых:

- 1) объективные анамнестические сведения;
- 2) характерные признаки психического состояния в период обследования;
- 3) характерный стереотип течения заболевания.

Другой предпочтительной областью гипердиагностики были реактивные состояния. В этих случаях слишком большое значение придавалось роли психогенного воздействия факторов судебно-следственной ситуации, без учета характерологической структуры личности. В то же время неоправданно большое значение придавалось отдельным симптомам: малоподвижности,

отказным ответам, элементам детскости в поведении, ипохондричности, ссылкам на обманы восприятия, которые преподносились без адекватного эмоционального сопровождения и не отражались на поведении испытуемых. Игнорировалось отсутствие закономерного стереотипа развития реактивной болезни и отсутствие сочетания психопатологических проявлений с общесоматическими расстройствами.

Продолжительность симулятивного поведения может быть различной — от дней до недель, месяцев и даже дольше. Если выбирается простая, легко воспроизводимая форма поведения, например мутизм, нарушение речевого контакта, то длительность может быть достаточно большой. Описан случай, когда испытуемый молчал больше года и заговорил на следующий день после прекращения уголовного дела. В пенитенциарной практике известен случай, когда осужденный молчал три года и заговорил, «поняв бесперспективность своего дальнейшего подобного поведения». Неоднократно описаны случаи, когда после нескольких месяцев установочного поведения, в случае если выбиралась его форма, требующая постоянного внимания, контроля над собой, психологического и физического напряжения, у испытуемых внезапно обнаруживалось резкое ухудшение психического и физического состояния и у них развивались тяжелые реактивные состояния.

Хотя А. А. Говсеев пришел к выводу, что нет ни одного безусловного критерия симуляции, ни одного диагностического правила, которое можно было бы привести без оговорок и применять без ограничений, есть *общие закономерности,*характерные для различных видов симуляции:

- 1) отсутствие целостной и единой клинической картины какой-либо формы психического заболевания или синдрома;
- 2) изолированность симптомов (отдельные симптомы выбираются из общей картины психической болезни и демонстрируются изолированно от нее);
- 3) несовместимость симптомов (сосуществование разного рода душевных болезней);
- 4) отсутствие динамики болезни (изображается болезненное состояние или отдельные эпизоды болезни, а не развитие и течение ее).

Все эти закономерности имеют весьма относительный характер, поскольку *нет болезней, а есть больные.* И например, шизофрения на начальных этапах заболевания может проявляться атипично, отдельными странными высказываниями, поступками, которые могут выглядеть нарочито, искусственно, приниматься как ложные.

Каковы *методы распознавания симуляции*? В древности с симулянтами обходились сурово: помимо угроз применяли средства, причиняющие боль,

внушающие страх, вызывающие испуг. Предполагаемых симулянтов одурманивали наркотическими веществами.

Были и более «тонкие» методы: старинный рецепт — «лукавые вопросы» — questions captienses, задаваемые симулянту, или замечания, которые делались в его присутствии и были рассчитаны на то, чтобы вовлечь его в грубую ошибку или в противоречие с собой. Например, в присутствии симулянта выражают удивление, почему нет таких-то признаков сумасшествия: симулянт принимает это за чистую монету и воспроизводит требуемые симптомы, что доказывает симуляцию. Репрессивные меры — воздействие электрическим током и ограничение пищи — применял еще Р. Крафт-Эбинг. Все эти меры были направлены на то, чтобы добиться признания симулянта в том, что он симулирует.

Однако более поздние авторы признали, что попытки добиться от испытуемого признания в симуляции снижают ценность экспертизы и показывают ее несостоятельность, поскольку признание испытуемого в симуляции не только не исключает возможности психического заболевания, но даже не доказывает самого факта симуляции. Есть один научный метод — метод спокойного, беспристрастного клинического наблюдения и критической оценки наблюдаемых явлений по общим правилам психиатрической диагностики; при этом для экспертизы безразлично, сознался ли симулянт в обмане или он продолжает упорствовать в своей симуляции.

Может быть эффективен и *экспериментально-психологический метод* в распознавании симуляции. Важной может оказаться констатация несоответствия патопсихологической картины клинической картине психических расстройств, демонстрируемой пациентом. Но это в том случае, если испытуемый «добросовестно» выполняет экспериментально-психологическое исследование. Нередко, чувствуя, что данное обследование может способствовать раскрытию симулятив- ного характера его поведения, испытуемый в ситуации психологического обследования ведет себя особым образом. Встречаются *отказ* от выполнения задания, *парадоксальность* и хаотичность результатов экспериментально-психологического исследования либо определенная *система ошибок.* При симуляции, например интеллектуальной недостаточности, может демонстрироваться «необучаемость», сочетающаяся с непринятием помощи от психолога.

Что касается частных психологических методик, то питерский психолог С. И. Розум, обследовавший симулянтов, пришел к выводу, что тест Векслера малоинформативен для оценки подобных пациентов, а MMPI более информативная методика. Симулирующие пациенты, будучи не в состоянии представить дифференцированной картины психоза, при выполнении этого теста предъявляют полиморфную в клиническом и психологическом плане

картину. В руководствах по MMPI указывается, что шкала F («шкала лжи») может быть использована для отграничения умышленно ложных протоколов от нормы. С. И. Розум подтвердил это, обследовав наряду с симулирующими пациентами группу лиц с истинными психическими расстройствами (при адекватном их отношении к обследованию), и выявил у симулирующих пациентов по сравнению с психически больными характерный профиль MMPI с крайне высокими значениями по шкале F (за редким исключением — у двух симулирующих лиц с более высоким интеллектуальным уровнем и более тонкой симуляцией профили MMPI приближались к норме).

При выполнении проективной методики — метода Роршаха симулирующие пациенты в силу крайней неопределенности ситуации избирали две линии поведения: обычно давали крайне осторожные ответы со стремлением «не наговорить лишнего» и несколько реже встречалось свободное обращение со стимульным материалом и демонстрация максимума воображения, что связано, видимо, с бытующим представлением о «буйстве» фантазии у психически больных. Однако и здесь можно проинструктировать подэкспертного о том, как вести себя в ситуации психологического обследования и в период СПЭ в целом.

Следующая инструкция записана со слов подэкспертных в одном из СПЭУ. Давалась, по-видимому, квалифицированным медицинским психологом.

Не бойтесь электроэнцефалографии и неврологического исследования — эти методы в расчет не принимаются.

Никогда не симулируйте сложные бредовые системы, особенно бред реформаторства и изобретательства.

Опасайтесь повторного экспериментально-психологического исследования. Внешняя нелепость и простота предлагаемых методик введет вас в заблуждение. Откажитесь по любым удобным для вас мотивам. Рекомендуется: «не хочу, чтобы вы читали мои мысли»; «не хочу, чтобы вы перестроили мое мышление». Дайте внешне немотивированную аффективную реакцию с демонстрацией возможной агрессии, уйдите, хлопнув дверью.

Избегайте любых методов, где нужно говорить много или высказывать свое отношение; не давайте оценок картинкам с непонятными фотографиями; при раскладывании большого количества карточек обязательно делите их по цвету (черно-белые — цветные) как в пасьянсе, у вас должно остаться не менее 6—7 групп, ни в коем случае не соглашайтесь с возможностью укрупнения созданных вами групп. Часть предметов объедините по принципу движутся они или нет, налево или направо направлено изображение.

В методе, где вам предложат ответить на вопрос «в какой-либо ситуации» (тест Розенцвейга, в определенной ситуации один человек другому должен что-то сказать), вместо ответов на вопросы ищите другие варианты, — например, там, где забрызгали ваш костюм, ответьте, что на рисунке нет лужи.

Не давайте втянуть себя в дискуссию.

Не реагируйте в ситуациях, когда психолог прервет выполнение задания на время и скажет, что вы с ним не справились.

По возможности сократите время общения с психологом. Сошлитесь на то, что вам хочется курить, что вам пора на прогулку, что у вас интересная книга.

С момента вашего прихода в кабинет и до момента вашего выхода придерживайтесь определенной, заранее выбранной вами манеры общения. Помните, что манера общения должна в целом отражать ваше поведение в период пребывания на экспертизе.

Никогда не нападайте на врачей, консультантов и персонал, в противном случае упорно совершайте акты членовредительства.

Не спите по ночам, не объясняя персоналу причин, однократно вскользь можете упомянуть, что вам так безопаснее, не давайте спровоцировать себя на какие-либо более подробные объяснения вашего поведения. Помните, что ваше поведение регулярно фиксируется медсестрами, а поэтому никогда не вступайте в беседы с другими испытуемыми вне наблюдения персонала.

Старайтесь не проявлять интереса к книгам, журналам и вообще ко всему, что происходит в отделении. По возможности избегайте участия в коллективных акциях протеста. Никогда не интересуйтесь сроками, объемом обследования, своей дальнейшей судьбой.

Никогда не проявляйте активности в общении с медперсоналом и врачом. По возможности избегайте каких-либо конкретных жалоб на состояние своего здоровья.

Не ссылайтесь на запамятование обстоятельств содеянного. Найдите повод уклониться от беседы на эту тему.

Сообщите сведения об имевшихся у вас в прошлом попытках совершить акты самоубийства, например: «взял у товарища машину и врезался в стену», «выпрыгнул на ходу из поезда». Уклонитесь от любых попыток уточнить эти высказывания. Никогда не повторяйте сведения о вашем неправильном поведении в прошлом дважды.

Не стройте из себя Робин Гуда, не объясняйте грабежи и разбои желанием справедливого распределения нечестно нажитого.

В заключение необходимо сказать о так называемой псевдосимуляции, т.е. об ошибочном предположении о симуляции в отношении лица с истинным психическим расстройством. Катамнестические данные свидетельствуют о том, что в 15% случаев, а по некоторым данным до 30% тех случаев, когда первично дается заключение о симуляции, у этих лиц в дальнейшем выявляется шизофрения, которая не распознается при первичной экспертизе. Особенно сложна диагностика малопрогредиентной шизофрении с психопатоподобными и истероформ- ными проявлениями. Поведение и высказывания подобных больных часто производят впечатление неестественности, нарочитости, искусственности.

Основную трудность при судебно-психиатрической оценке симуляции представляют случаи симуляции, возникающие на патологической почве. В этих случаях задача эксперта заключается не только в установлении факта симуляции. Необходимо также выяснить характер патологической почвы, на которой возникла симуляция, определить интенсивность психотического процесса или глубину дефекта. Это и будет определять судебно-психиатрическую оценку в отношении подэкспертного.

Кроме того, хотелось бы сделать несколько замечаний по поводу субъективных факторов в оценке симулятивного поведения. Мы уже говорили о близости симуляции к таким явлениям, как ложь и обман. Как показал В. В. Знаков, в западной и отечественной культурных традициях отношение ко лжи различается (что в значительной степени распространяется и на отношение к симуляции). Западный тип понимания лжи В. В. Знаков определяет как *морально-правовой.*Такое понимание лжи акцентирует внимание на вреде, который ложь наносит другому человеку. Если права другого человека никак не нарушаются, то ложь может быть морально оправданной, во всяком случае, не подвергаться моральной оценке. Данное понимание блестяще отразилось в высказывании Э. Кречмера по поводу симуляции: «Симуляция является чем-то очень тонким, сложным и научно интересным, совершенно не приспособленным для грубых рук карающего судьи и моралиста».

Для отечественной (и более широко — восточной) культурной традиции характерно рассмотрение лжи как морально предосудительного деяния лгущего субъекта, т.е. осуществляется субъективная оценка качеств личности лжеца. В. В. Знаков определяет такое отношение как

субъективно-нравственное. Это отражается и в экспертной практике. Например, в заключениях судебно-психиатрических экспертиз почти не используется термин «симуляция» (хотя он имеет вполне официальный

статус в шкале дополнительных диагностических указаний МКБ- 10 — Z76.5 «симуляция болезни»), применяют смягченные термины «установочное», «защитное» поведение. Ниже приводится клиническое наблюдение подэкспертного с органическим расстройством личности, который симулирует психопатологическую симптоматику, соответствующую клинической картине перенесенного им ранее затяжного реактивного психоза.

Подэкспертный К., 45 лет, проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, обвиняется в краже личного имущества. По данному делу испытуемый ранее был амбулаторно освидетельствован, вопросы о его психическом состоянии решены не были, и ему рекомендовалось проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Из имеющихся данных известно следующее. Тетка по линии матери страдала каким-то психическим заболеванием (объективные сведения отсутствуют), в детстве испытуемый рос и развивался соответственно возрасту. Перенес без осложнений детские инфекционные заболевания и ревматизм. В школе он начал учиться с 7 лет, успевал плохо, пропускал занятия без уважительных причин, бродяжничал. В связи с асоциальным поведением испытуемый в возрасте 12—14 лет впервые находился в детской воспитательной трудовой колонии. За уклонение от учебы и бродяжничество он повторно находился в детской воспитательной трудовой колонии в возрасте 16—17 лет. В 18 лет испытуемый был осужден за кражу личного имущества на 2 года и 6 месяцев лишения свободы, после освобождения работал слесарем, сапожником. В 25 лет женился, от брака имеет двух детей. Однако к периоду проведения СПЭ с ними отношений не поддерживал. В возрасте 29 лет испытуемый был повторно осужден за грабеж, освободился через 4 года. После этого проживал с женой, трудился на малоквалифицированных работах. С 17-летнего возраста он употребляет спиртные напитки, при этом категорически отрицает запойный характер пьянства, состояния похмелья. В 36 лет испытуемый был в третий раз осужден за нанесение тяжких телесных повреждений и нарушение общественного порядка на 8 лет лишения свободы. В период следствия ему проводилась стационарная СПЭ, по заключению которой он был признан вменяемым. В связи с наличием признаков хронического алкоголизма ему рекомендовалось проведение принудительного лечения, соединенного с исполнением наказания.

В местах лишения свободы через два с половиной года состояние испытуемого изменилось. Он стал заявлять, что слышит «мужские и женские голоса», говорил, что на него «постоянно действуют лучами из аппаратов, которые размягчили ему голову». Как видно из представленной медицинской документации, испытуемый был помещен в психиатрическую больницу для осужденных. При поступлении заявлял, что еще до осуждения, после того как перенес несколько черепно-мозговых травм с потерей сознания, он стал

замечать, что за ним следит милиция и «атомными лучами воздействует на мозг». Говорил также, что «его пронизывает током, голова стала мягкой». В период пребывания в больнице у него отмечались сниженное настроение, аффективная неустойчивость, высказывал идеи отношения, преследования, заявлял, что его

«преследует китайская агентура». В процессе лечения фон настроения выровнялся, он охотно вступал в контакт, галлюцинаторно-бредовых переживаний не обнаруживал. Через 7 месяцев лечения подэкспертный был выписан в удовлетворительном состоянии для продолжения отбывания наказания. Ему был установлен диагноз «пролонгированный реактивный параноид».

Как следует из характеристики, в местах лишения свободы к подэкспертному применялись меры административного воздействия за употребление спиртных напитков. К порученной работе он относился удовлетворительно, на меры воспитательного воздействия реагировал слабо, характеризовался «спокойным, грамотным, хитрым». В возрасте 43 лет он освободился из мест лишения свободы, в дальнейшем подрабатывал на рынке в качестве грузчика, занимался перепродажей продуктов питания, несколько раз менял съемные квартиры, состоял в секте адвентистов 7-го дня, с одним из членов которой познакомился в местах лишения свободы.

Как следует из материалов уголовного дела, К., находясь в состоянии алкогольного опьянения, вместе с четырьмя неустановленными мужчинами совершил кражу мебельных гарнитуров и других вещей из сарая, принадлежащего Д., на значительную сумму денег. В процессе предварительного следствия на допросах К. заявлял, что после ареста его состояние здоровья ухудшилось, говорил, что слышит «шум и голоса», утверждал, что его преследуют органы милиции, которые на него воздействуют различными «методами и техникой». Из показаний Б. видно, что он познакомился с испытуемым у пивного ларька, затем пригласил его домой к своей матери, где они распивали спиртные напитки. По утверждению Б., испытуемый рассказывал ему о том, что он не хочет больше попадать в тюрьму. Б. охарактеризовал испытуемого как «хорошего психолога», с ним было интересно общаться, поскольку он много в жизни испытал. Кроме того, К. знал язык жестов, посредством которого он общался с глухонемыми. По мнению Б., подэкспертный «абсолютно здоровый человек», поскольку он всегда рассуждал здраво. Из показаний матери Б. известно, что испытуемый проживал у нее на квартире в течение трех месяцев. К. рассказывал ей, что в период пребывания в местах лишения свободы он пытался представиться психически больным человеком и настоял на том, чтобы его направили из тюрьмы в психиатрическую больницу. Затем его признали здоровым и вернули отбывать наказание. За время проживания в доме матери Б. странностей в поведении испытуемого она не замечала. По

ее мнению К. «абсолютно психически здоровый человек, хитрый, рассудительный». К испытуемому приходило много глухонемых, с которыми он общался и имел какие-то общие дела. На вопрос матери Б., откуда взялась мебель в ее сарае, он ответил, что это «не ее дело, люди положили, они и возьмут».

Испытуемому была проведена амбулаторная СПЭ. При проведении экспертизы он держался настороженно, недоверчиво, высказывал идеи преследования то очень инициативно и настойчиво, то с резко выраженной неохотой, после длительных пауз. Подэкспертный заявлял, что по вечерам через радиосеть и лампочку подключают аппаратуру, через которую три голоса грозят ему убийством, передают угрожающие слова прямо в голову, а «лучи парализовали его мозг». Экспертная комиссия рекомендовала проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы в связи с неясностью клинической картины. *Соматическое состояние.* Испытуемый предъявляет жалобы на эпизодические боли в области сердца. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. На кожных покровах видны многочисленные татуировки. Заключение терапевта: «Ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз». Заключение невропатолога: «Умеренно выраженные органические изменения центральной нервной системы смешанной этиологии (последствия повторных закрытых черепно-мозговых травм, хронический алкоголизм)». *Психическое состояние.* Испытуемый правильно ориентирован в окружающем и собственной личности, продуктивному контакту доступен. В беседе держится несколько настороженно, скованно, на собеседника старается не смотреть, взгляд хмурый. Анамнестические сведения сообщает недостаточно и неполно, спрашивает: «а зачем вам это?» Скрывает негативные стороны своей жизни, преуменьшает степень алкоголизации. По своей инициативе, не дожидаясь дополнительных расспросов, начинает рассказывать о своих переживаниях. Настойчиво заявляет, что «за ним постоянно наблюдает милиция», которая хочет посадить его в тюрьму, что «китайская разведка посредством электронной аппаратуры действует ему на голову атомными лучами, от которых мозги стали мягкими». Говорит, что эти атомные лучи оглушили ему правое ухо, в котором стали раздаваться шум и звон». Утверждает, что вечерами он слышит мужские и женские голоса угрожающего характера, передаваемые «аппаратурой внутри головы», а его «мозг превратился в заданную компьютерную программу для того, чтобы он стал роботом». При расспросах о его прежних судимостях раздражается, утверждает, что последняя судимость была ему «подстроена специально», поскольку его бывшая жена, работая в гостинице «Интурист», была связана с китайской разведкой и корреспондентом ленинградского телевидения, и «они все вместе телепатическими и лучевыми воздействиями размягчили ему мозги», а когда он их «разоблачил», они совместно с органами милиции отправили его в лагерь за правонарушение, которое он не совершал.

В отделении он первое время отказывался от приема пищи, нюхал ее, говорил, что «пища пахнет гнилью», при этом бросал тарелки на пол. Вместе с тем высказывания испытуемого о преследованиях, воздействии аппаратурой были однообразны. Он не мог более подробно охарактеризовать свои переживания, при их пояснении он приводил всегда одни и те же примеры. При более подробных расспросах теряется, путается, начинает отвечать уклончиво или стремится перевести разговор на другую тему. При этом он становится злобным, выявляется его эмоциональная неустойчивость, он вскакивает со стула, начинает быстро ходить по кабинету, говорит недовольным тоном, кричит. Заявляет, что в отделении врачи и медперсонал «роботы», которые «по заданной программе выполняют свою работу». В то же время его высказывания не отражаются на его поведении, он обнаруживает сохранную практическую ориентировку, правильный учет ситуации. Рассказывая о своем прошлом, фиксирует внимание собеседника на том, что он неоднократно переносил травму головы, после чего у него появились головные боли, головокружения, а после перенесенного инфаркта — неприятные ощущения в области сердца. Стремится подчеркнуть свое болезненное состояние, отмечает, что и в настоящее время его постоянно беспокоят головные боли, общее недомогание, слабость, повышенная утомляемость. Говорит, что при резкой перемене положения тела у него появляется головокружение, темнеет в глазах. Сообщает, что у него было тяжелое детство, отец, дважды определял его в детскую воспитательную колонию, за что он хотел ему отомстить. Вместе с тем он тепло говорит о матери, со слезами рассказывает об обстоятельствах ее смерти. Настроение у него пониженное в соответствии со сложившейся ситуацией.

При расспросах о правонарушении он в стереотипных выражениях говорит о том, что ему немного не хватает денег для выезда в Германию с последующим «полетом на Сатурн». Вместе с тем он дает выраженные эмоциональные реакции, адекватные конкретно слагающейся ситуации, что свидетельствует о сохранности критического учета ситуации в целом и возможных последствиях предъявленного ему обвинения, а также о понимании целей экспертизы. В процессе беседы испытуемый обнаруживает повышенную утомляемость, истощаемость. Мышление у него последовательное, но замедленное по темпу, несколько вязкое и обстоятельное. При экспериментально-психо- логическом исследовании выявляются колебания продуктивности, формальность ассоциативных связей, нелепость ряда ответов, нечеткость суждений с трудностью дифференциации существенного и несущественного, отмечается высокий уровень тревоги и напряженности.

Комиссия пришла к заключению, что К. хроническим психическим заболеванием не страдает, у него обнаруживается органическое расстройство личности в связи с сочетанными заболеваниями (последствия раннего органического поражения головного мозга, повторные черепно-мозговые

травмы, хроническая алкогольная интоксикация, сосудистая патология). Об этом свидетельствуют анамнестические данные о формировании у испытуемого с детства таких черт характера, как раздражительность, вспыльчивость, двигательная расторможенность, с присоединением в последующем патохарактерологических особенностей, связанных с воздействием психогений (неблагоприятная обстановка в семье, помещение в колонию) в виде склонности к психогенно обусловленным и спонтанным колебаниям настроения и истерическим формам реагирования. В последующем, после перенесенных повторных черепно-мозговых травм на фоне длительной алкогольной интоксикации и сосудистой патологии отмечалось заострение присущих ему характерологических свойств, а также появление церебрастенических расстройств в виде головных болей, повышенной истощаемости, быстрой утомляемости. Данный диагноз подтверждается и настоящим клиническим психиатрическим и экспериментально-психологическим исследованием, выявившим наряду с отмеченными характерологическими особенностями и органической симптоматикой склонность к колебаниям настроения, демонстративным формам реагирования, а также некоторую обстоятельность мыслительных процессов при отсутствии болезненных нарушений мышления и сохранности критики к своему состоянию и сложившейся ситуации. Однако указанные изменения психики выражены не столь значительно, чтобы они лишали К. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий в период совершения правонарушения.

Как видно из имеющейся медицинской документации и данных настоящего клинического обследования, в период пребывания в местах лишения свободы испытуемый перенес затяжной реактивный психоз (галлюцинаторно-параноидной структуры с элементами синдрома Кандинского — Кле- рамбо). О психогенном (непроцессуальном) характере перенесенного болезненного состояния свидетельствует непосредственная связь его возникновения и содержания болезненных переживаний с психогенно травмирующей ситуацией (привлечение к уголовной ответственности, пребывание в местах лишения свободы). На это указывает также полный выход из болезненного состояния, не сопровождавшийся какими-либо последующими изменениями личности и другими психическими нарушениями, характерными для шизофренического процесса, а также нарушениями социальной адаптации. Из материалов уголовного дела видно, что в период времени, относящийся к инкриминируемому ему деянию, у К. не отмечалось также признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, которые лишали бы его способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. Отмечающиеся в настоящее время высказывания испытуемого о преследованиях, воздействии лучей носят защитный характер. На это указывает их активное предъявление в трудных для К. ситуациях, однообразный характер их содержания, отражающий перенесенные им в прошлом болезненные переживания, чему способствует также наличие у К.

склонности к демонстративному поведению и неболезненному фантазированию. Указанные высказывания не сопровождаются нарушениями мышления, но соответствуют настроению испытуемого, адекватному конкретно сложившейся неблагоприятной ситуации и его поведению, отражающему сохранность критических способностей. Поэтому по своему психическому состоянию в настоящее время К. также может осознавать характер своих действий и руководить ими.

- [1] Текст приводится в оригинальной стилистике и орфографии.
- [2] На сленге аналог параноидного синдрома.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1. Опишите основные проявления и закономерности симуляции и дисси- муляции психических расстройств.
- 2. Назовите основные проявления и закономерности диссимуляции психических расстройств.
- 3. Каково судебно-психиатрическое значение симуляции и диссимуляции психических расстройств?

Литература

Айхенвальд Л. И. Симуляция психотических состояний. Одесса, 1929.

ВерезанцевА. Ю., Борисов Д. М. Установочное поведение: морально-этические и психосоматические аспекты // Практика судебно-психиатрической экспертизы. М., 2005. С. 314—325.

Бруханский Н. К. К постановке вопроса о реактивных заболеваниях и симуляции // Журнал психологии, неврологии и психиатрии. 1923. Т. 3. С. 155—162.

Говсеев А. А. Симуляция душевных болезней и патологическое притворство. Издание бр. Говсеевых. Харьков, 1894.

Знаков В. В. Западные и русские традиции в понимании лжи // Экман П. Психология лжи. СПб. : Питер, 1999. С. 243—268.

Иванов И. И. К вопросу о симуляции душевных болезней и о вменяемости при так называемых сомнительных душевных состояниях. Отд. оттиск из Вестника общественной гигиены, судебной и практической медицины. СПб., 1902.

Илейко В. Р. Симуляция психических расстройств психопатическими личностями в судебно-психиатрической клинике : автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1992.

Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М. : ГЭОТАР Медицина, 1999.

Кондратьев Ф. В., Ломоватский Л. Е. Судебно-психиатрическая экспертиза диссимулирующих больных параноидной шизофренией : метод, рекоменд. М., 1982.

Краснушкин Е. К. О симуляции душевных болезней // Труды психиатрической клиники I ММИ. М., 1925. Вып. 1. С. 93—105.

Пелипас В. Е. Современная симуляция психических расстройств в судебнопсихиатрической практике : методич. рекоменд. М., 1985.

Фелинская Н. И. Проблема симуляции в судебно-психиатрической клинике // Проблемы судебной психиатрии : сб. VI. М., 1947. С. 134—146.

Шостакович Б. В. Симуляция и диссимуляция психических расстройств // Руководство по судебной психиатрии. М. : Медицина, 2004. С. 282—287.