

Министерство внутренних дел Российской Федерации
СИБИРСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

УДК 343.95

№ гос. регистрации 03083838

Инв. №04093267

УТВЕРЖДАЮ

И.о. начальника Сибирского
юридического института

МВД России

к.ю.н., доцент

полковник милиции

С.П. Рожков

«_____» _____ 2008 г.

ОТЧЕТ
О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ
(заключительный)

Шифр работы, присвоенный организацией: 24

Заместитель начальника
института по научной работе,
д.с.н., профессор
полковник милиции

Д.Д. Невирко

Научный руководитель темы
доцент кафедры
криминалистики
к.м.н, доцент
подполковник милиции

М.А. Лисняк

Красноярск 2008

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Научный руководитель темы,
к.м.н, доцент,
подполковник милиции

(подпись и дата)

М.А. Лисняк
(реферат, введение,
заключение, разд. 2)

Исполнитель темы,
доцент кафедры уголовно-
правовых дисциплин
СИБУПа, к.м.н.,
профессор РАЕН

(подпись и дата)

А.А. Ермилов
(разд. 1,3)

РЕФЕРАТ

Отчет 314 с., 50 источников, 1 прил.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА, СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ,
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ, СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА,
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА.

Объектом настоящего исследования теоретические и практические знания в области судебной медицины и судебной психиатрии.

Цель работы – обобщение теоретических и практических знаний в области судебной медицины и судебной психиатрии, необходимых для качественной подготовки кадров для правоохранительных структур.

В первом разделе были раскрыты основные вопросы организации и проведения судебно-медицинских экспертных исследований при различных повреждениях и заболеваниях. Описаны особенности осмотра места происшествия, изъятия вещественных доказательств биологического происхождения.

Второй раздел посвящен основным вопросам организации и проведения судебно-психиатрической экспертизы, законодательных основ оказания психиатрической помощи в РФ. Описаны симптомы психических расстройств, клинические картины ряда психических заболеваний, их судебно-психиатрическая оценка.

В третьем разделе даются методические рекомендации по оптимизации изучения курса судебной медицины и судебной психиатрии. Приводятся ситуационные задачи и варианты вопросов для тестирования с целью самопроверки.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА	8
2. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	143
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	305
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	306
ПРИЛОЖЕНИЕ	310

ВВЕДЕНИЕ

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

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего психического и физического “Я”;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

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

С началом горбачевской перестройки общественность потребовала кардинальных перемен в сфере оказания психиатрической помощи, в частности, исключения психиатрического террора политических

противников. С этой целью в 1987 году была создана межведомственная комиссия для разработки проекта законодательного акта об оказании психиатрической помощи населению. В нее входили представители Минздрава, правоохранительных ведомств, Института государства и права, ВНИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского (ныне Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского). Комиссией было подготовлено Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденное Указом Президиума Верховного Совета СССР от 05.01. 1988 и введенное в действие с 1 марта 1988 г.

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

2 июля 1992 года Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» был принят Верховным Советом, а затем подписан Президентом РФ.

Знание основных положений этого закона необходимо каждому сотруднику правоохранительных органов, так именно к ним могут первично обращаться граждане, нуждающиеся в психиатрической помощи или пострадавшие от действий психически больных. Знать, как организована психиатрическая помощь в России важно любому гражданину, так как психические расстройства могут возникать внезапно, практически ни одна семья не застрахована от подобной беды.

Психически больные люди могут совершать общественно опасные деяния. Адекватная правовая оценка их действий невозможна без судебно-психиатрической экспертизы.

1. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РФ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ

Психиатрическая помощь в Российской Федерации оказывается в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который был принят 2 июля 1992 года.

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

Закон направлен на решение четырех основных задач:

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

1.1. Структура Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

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

В первом разделе излагаются наиболее общие и принципиальные положения, касающиеся

- добровольности психиатрической помощи (ст.4);
- прав лиц, страдающих психическими расстройствами (ст.5, 37);
- понятия врачебной тайны и мер по её сохранению при оказании психиатрической помощи (ст.8, 9);
- требования согласия на лечение и право на отказ от него (ст.11, 12).

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

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

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

- психиатрическое освидетельствование (ст. 23-25);
- лечение в психиатрическом стационаре (ст.28, 29, 32-36);
- амбулаторное лечение (ст.26), включая и диспансерное наблюдение (ст.27);
- помещение в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения и специального обучения (ст.41-44);

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

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

Установлено, что обжаловать действие по оказанию психиатрической помощи может:

- само лицо, чьи права ущемлены;
- его представитель;
- организация, которой предоставлено такое право.

Жалоба может быть подана непосредственно в суд, в вышестоящий орган или прокурору.

1.2 Избранные статьи Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и комментарий к ним

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Комментарий к ст.4

1. Добровольность обращения за медицинской помощью при соматических заболеваниях является правилом, вряд ли нуждающимся в специальном законодательном регулировании и требующим лишь закрепления права страдающего заболеванием лица на лечение и получение необходимой помощи. Только в особых случаях, когда заболевание представляет опасность для окружающих, например в силу особой заразности, к больному могут применяться меры принуждения в виде карантина, недобровольного лечения и т.п. (ст. 34 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан) и даже может наступить уголовная ответственность, как при преднамеренном заражении венерической болезнью или ВИЧ-инфекцией (ст. 121, 122 УК РФ). Не столько специфика психических заболеваний, сколько культурная или, скорее, бескультурная традиция, создает условия, в которых добровольность обращения за психиатрической помощью нуждается в законодательном закреплении.

2. Часть 2 комментируемой статьи предусматривает общие положения об оказании психиатрической помощи тем лицам, обращение которых за психиатрической помощью или отказ от нее могут быть не

приняты во внимание в связи с несовершеннолетием или признанной судом недееспособностью. Этот вопрос за них решают их законные представители. При этом предполагается, что законные представители действуют добровольно и в интересах представляемого лица.

Статья 11. Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

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

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других

методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Комментарий к ст.11

1. В статье устанавливается общее правило, по которому лечение лица, страдающего психическим расстройством, может быть проведено после получения его согласия, определяются условия и форма согласия, а также предусматриваются случаи, при которых согласия на лечение не требуется.

Как следует из ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Лечение - один из видов медицинского вмешательства. Имеется в виду применение лечебных методов и средств с целью устранения психических нарушений.

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

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

3. Часть 1 настоящей статьи предусматривает, что согласие на лечение должно быть письменным, однако форма письменного согласия не определяется. Таковой может быть запись врача в медицинском документе, удостоверенная подписью пациента или его законного представителя,

расписка, данная пациентом или его законным представителем, письменная просьба, заявление или специальный формуляр, приобщенные к медицинской документации.

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

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

(1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

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

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

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

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

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

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

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

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

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

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

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

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

Комментарий к ст.16

Под неотложной психиатрической помощью понимают комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным, находящимся либо в состоянии острого психоза, нередко сопровождающегося помрачением сознания, возбуждением, выраженными эмоциональными расстройствами, растерянностью, образным бредом, обманом восприятия, либо обнаруживающим хотя и хроническое, но тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает в данное время их опасность для себя или для окружающих. Одной из основных мер неотложной психиатрической помощи является госпитализация в психиатрическую больницу, а также (в меньшей мере) применение медикаментозных средств, снижающих возбуждение, сдерживание и другие способы ограничения двигательной активности больного. Поскольку большая часть этих мер может быть предпринята по решению врача-психиатра, их исполнение возлагается в основном на службу скорой психиатрической помощи либо на учреждения, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь (психоневрологические диспансеры или кабинеты). Частично эти функции могут также выполнять до прибытия врача-психиатра бригады общей скорой помощи, а иногда и органы милиции (в части предотвращения опасных действий).

Психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах является очень важной, поскольку указанные явления, как правило, сопровождаются выраженным психотравмирующим воздействием, что нередко приводит к психическим расстройствам, носящим массовый характер. Последние могут возникать также в результате токсических, травматических поражений центральной нервной системы. Опыт работы по ликвидации последствий указанных явлений говорит о необходимости участия в них специализированных психиатрических (психоневрологических) бригад или включения психиатров в состав общемедицинских подразделений, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим.

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

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

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

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

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

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

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

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

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

Комментарий к ст.23

1. В соответствии с ч. 1 психиатрическим освидетельствованием является каждый осмотр пациента врачом-психиатром, поскольку при этом всякий раз решается вопрос о наличии или отсутствии психического расстройства, его характере, нуждаемости в том или ином виде психиатрической помощи. В широком смысле сюда можно отнести и профилактические осмотры, хотя они обычно проводятся с несколько иной целью, в частности, определения противопоказаний для выполнения отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

2. Психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего лица в возрасте до 15 лет или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, несмотря на их возражения, не считается недобровольным, если осуществлено по просьбе или с согласия его законного представителя. Для несовершеннолетнего таковым являются его родители, усыновители или опекуны, для лица, признанного недееспособным, - опекун. Если между родителями несовершеннолетнего нет согласия по этому вопросу и один из них активно возражает против освидетельствования (нейтральную позицию одного из родителей или его временное отсутствие не следует расценивать

как возражение), а также при отсутствии родителей заинтересованные лица (педагоги, врачи общемедицинской сети и т.п.) могут обратиться в орган опеки, который может принять решение о необходимости психиатрического освидетельствования. Решение органа опеки может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном ст. 47. Лица, признанные в установленном порядке недееспособными, в силу тяжести имеющегося в таких случаях психического расстройства подлежат диспансерному наблюдению независимо от их желания и желания законного представителя (см. ст. 27), поэтому их периодические осмотры (освидетельствования) осуществляются в соответствии с ч. 5 настоящей статьи и ч. 3 ст. 26.

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

4. Лица, за которыми установлено диспансерное наблюдение (см. ст. 26, 27), могут быть освидетельствованы без их согласия и согласия их законных представителей по заранее намеченному плану, в случае неявки к врачу в назначенный срок или по вызову. О таком порядке их ставят в известность, когда им объявляется решение об установлении диспансерного наблюдения и разъясняется содержание последнего. Лица, которые обращались в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и у которых было диагностировано психическое расстройство, но диспансерное наблюдение за ними не устанавливалось, могут быть освидетельствованы психиатром в обычном порядке,

предусмотренном ч. 2 и 4 настоящей статьи (см. выше). Данные же, содержащиеся в заведенной на них медицинской документации, могут быть использованы при рассмотрении вопроса о необходимости психиатрического освидетельствования без их согласия.

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

(1) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

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

Комментарий к ст.24

1. Врачу-психиатру учреждения, оказывающего скорую или амбулаторную психиатрическую помощь, предоставлено право принятия решения о неотложном освидетельствовании в случаях, когда ему сообщается информация о том, что лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих (п. «а» ч. 4 ст. 23). Необходимость единоличного решения в таких случаях продиктована стремлением максимально упростить и ускорить процедуру, поскольку промедление может привести к самоубийству или совершению общественно опасного деяния.

2. Аналогичным образом принимается решение и об освидетельствовании лица, находящегося под диспансерным наблюдением в соответствии с ч. 1 ст. 27, поскольку, как это предусмотрено ч. 3 ст. 26, оно устанавливается независимо от согласия лица, страдающего психическим

расстройством, или его законного представителя, а существенным компонентом такого наблюдения являются периодические осмотры врачом-психиатром.

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

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

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

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

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

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

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

Комментарий к ст.25

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

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

3. Закон не ограничивает круг лиц, которые могут обращаться с заявлением. Ими могут быть в зависимости от конкретных обстоятельств (острота состояния, место пребывания свидетельствуемого, наличие близких родственников и т.п.) различные лица, имеющие отношение к свидетельствуемому. В целом можно сказать, что чем более экстренный (неотложный) характер носит освидетельствование, тем более широк круг этих лиц, вплоть до случайных встречных. Это связано с необходимостью обеспечить неотложной психиатрической помощью лиц с острыми, внезапно развившимися психическими расстройствами, которые не допускают соблюдения каких-либо формальностей. Однако и в этих случаях не следует принимать вызов к лицу, которое находится, например, дома в кругу семьи или на рабочем месте, от посторонних лиц, если они не сообщают, конечно, что предполагаемый больной блокирует каким-то образом обращение к психиатру близких или администрации. Во всех же случаях, не носящих характера неотложных, необходимо, чтобы заявление об

освидетельствовании содержало сведения о том, что наиболее близкие обследуемому лица, по крайней мере, не возражают против его освидетельствования психиатром, поскольку для встречи с лицом необходимо войти в их жилище или в помещение, где они работают. Таким образом, при решении вопроса о психиатрическом освидетельствовании предпочтение следует отдавать заявлениям членов семьи лица, подлежащего освидетельствованию, а также официальных лиц, в обязанности которых входит оказание медицинской помощи, забота о благополучии граждан и соблюдении общественного порядка (работники общемедицинской сети, педагоги, сотрудники жилищных органов, милиции и т.п.), хотя при определенных обстоятельствах в качестве заявителя может выступить любое лицо.

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

5. Если заявление не содержит информации о непосредственной опасности лица для себя или для окружающих и случай не расценивается как неотложный, оно должно быть письменным. В заявлении, которое может быть написано в свободной форме, должны содержаться фамилия, имя, отчество заявителя, его адрес (телефон) и отношение к лицу, подлежащему освидетельствованию, мотивы обращения к психиатру, фактические данные, которые указывали бы на: 1) наличие у лица тяжелого психического расстройства (психоза, острого и хронического, включая депрессивные

состояния, слабоумия, повторяющихся состояний расстроенного сознания и т.п.); 2) поведение и высказывания, свидетельствующие о беспомощности или необходимости психиатрического вмешательства, во избежание существенного вреда его здоровью (п. «б» и «в» ч. 4 ст. 23); 3) отказ лица или его законного представителя от обращения к врачу-психиатру и невозможность добровольного освидетельствования.

6. В зависимости от конкретных обстоятельств психиатр, рассматривающий заявление, может принять меры к получению дополнительных сведений. Эти сведения должны быть направлены на подтверждение и уточнение данных, перечисленных в п. 5 комментария, поскольку они совершенно необходимы для принятия решения. Источником получения дополнительной информации может быть сам заявитель, если он имеет возможность сообщить дополнительные факты, представить необходимые документы, пригласить к врачу другое заинтересованное лицо, попытаться по совету врача получить согласие на освидетельствование самого предполагаемого больного или его законного представителя. Врач может также запросить письменно или по телефону необходимые сведения и документы из других медицинских учреждений, в которых лицо проходило обследование и лечение, получить сведения о нем из военно-учетных, экспертных, педагогических и других учреждений; самостоятельно пригласить родственников или друзей лица; принять другие меры для пополнения информации. Вся эта деятельность должна при необходимости проводиться при сохраняющемся контакте с заявителем, позволяющем следить за состоянием и поведением лица, подлежащего освидетельствованию.

7. Удостоверившись в наличии достаточно веских оснований ожидать, что у лица, подлежащего освидетельствованию, имеет место одно из названных психических расстройств, врач-психиатр пишет заключение о необходимости психиатрического освидетельствования без согласия лица и его законного представителя. При этом отмечается, что заключение основывается на сведениях, сообщенных заявителем. Особое внимание

уделяется обоснованию мнения о вероятности именно тяжелого психического расстройства, а также о наличии признаков, соответствующих п. «б» или «в» ч. 4 ст. 23. Данное заключение направляется в суд по месту жительства лица, подлежащего освидетельствованию. В препроводительном письме отмечается также, что само лицо, подлежащее освидетельствованию, или его законный представитель уклоняются или возражают против психиатрического освидетельствования. К заключению прилагаются заявление лица, обратившегося к психиатру, и другие имеющиеся материалы.

Получив заключение психиатра о необходимости психиатрического освидетельствования с приложенными к нему материалами, судья в течение трех дней решает вопрос о даче санкции. При этом главное внимание уделяется оценке достоверности представленной информации (с этой целью судья может пригласить для беседы заявителя, связаться с организациями, предоставившими дополнительную информацию), а также обоснованности самого решения. Судья, не обладая специальными познаниями в области психиатрии, не может самостоятельно принять решение о недобровольном освидетельствовании, поэтому он анализирует полноту использования данных, представленных психиатром в его заключении, логичность доводов и соответствие их сделанным выводам. В случае поступления в суд заявлений от других лиц они также подвергаются анализу в сопоставлении с заключением психиатра. Существенную роль в принятии решения о даче санкции на освидетельствование играет также тяжесть последствий, которые могут наступить в случае неоказания психиатрической помощи при предполагаемом психическом расстройстве. В соответствии с ч. 5 настоящей статьи действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном ГПК, а также ст. 47, 48 настоящего Закона.

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

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

Комментарий к ст.26

1. В данной статье приводится исчерпывающий перечень видов амбулаторной психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, устанавливаются два ее вида: консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение; даются общие характеристики каждого из видов по наиболее существенным признакам.

Выбор вида, в котором амбулаторная психиатрическая помощь должна оказываться конкретному лицу, является важным моментом деятельности врача-психиатра, поскольку от правильности такого выбора во многом зависит эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

2. Амбулаторной психиатрической помощью называется психиатрическая помощь, которая оказывается лицу, страдающему

психическим расстройством, во внебольничных условиях, т.е. без помещения лица в стационар. Этим она отличается от стационарной помощи.

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

3. Как указано в ч. 1 настоящей статьи, амбулаторная психиатрическая помощь оказывается лицу в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения. Следовательно, в каждый определенный период лицо может получать психиатрическую помощь только в одном из двух названных видов. Это не означает, что однажды установленный вид психиатрической помощи должен оставаться для данного лица неизменным. Законом допускается переход от одного вида помощи к другому в любом направлении: от консультативно-лечебной помощи к диспансерному наблюдению и наоборот, причем число таких изменений вида помощи одному и тому же лицу в принципе не ограничивается.

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

Основным различием консультативно-лечебной помощи и диспансерного наблюдения служит степень обязательности и добровольности ее получения лицом, страдающим психическим расстройством, и соответственно степень допустимости врачебного вмешательства. Лицам с менее тяжелыми расстройствами психики, имеющими более благоприятное течение и прогноз, амбулаторная

психиатрическая помощь оказывается в виде консультативно-лечебной, т.е. исключительно на добровольных основах в порядке, предусмотренном ч. 2 настоящей статьи. За лицами с тяжелыми расстройствами психики, имеющими неблагоприятное течение и прогноз, устанавливается диспансерное наблюдение, дающее право врачу-психиатру оказывать больному психиатрическую помощь независимо от согласия последнего (ч. 3 настоящей статьи и ст. 27 Закона).

5. Консультативно-лечебная помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, воплощает в себе общий принцип добровольности обращения за психиатрической помощью. Лицо, получающее консультативно-лечебную помощь, вправе самостоятельно (с учетом врачебных указаний) определять причины и поводы обращения к врачу-психиатру, выбирать время и частоту контактов с врачом, решать для себя, следовать или не следовать врачебным рекомендациям. Врач-психиатр имеет право оказывать помощь такому лицу только при самостоятельном обращении, по его просьбе или с его согласия. Что же касается несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет- то по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя. Амбулаторная психиатрическая помощь лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, здесь не рассматривается, так как такие лица, ввиду тяжести психических расстройств, подлежат диспансерному наблюдению.

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

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

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

может устанавливаться как при согласии на это самих больных или их законных представителей, так и без их согласия. Следовательно, по признаку добровольности диспансерное наблюдение существенно отличается от консультативно-лечебной помощи.

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

Установление диспансерного наблюдения дает врачу-психиатру право на основании ч. 5 ст. 23 настоящего Закона проводить осмотры больного (путем посещений на дому, в иных местах или приглашений на прием) с той частотой, которая требуется для оценки изменений в состоянии психического здоровья и полноценного оказания психиатрической помощи, независимо от согласия самого больного. Однако пользоваться этим правом следует достаточно разумно и деликатно, исходя из соображений необходимости и целесообразности. Вопрос о частоте осмотра лиц, в отношении которых осуществляется диспансерное наблюдение, решается сугубо индивидуально. Как правило, осмотр производится не реже одного раза в течение календарного года. В некоторых случаях осмотр как таковой может быть заменен получением сведений о больном другими путями, исключаящими, однако, разглашение врачебной тайны или иную компрометацию больного.

Статья 27. Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-

психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

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

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

Комментарий к ст.27

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

- а) психическое расстройство должно быть хроническим или затяжным;
- б) его болезненные проявления должны быть тяжелыми;
- в) тяжелые болезненные проявления должны быть стойкими или часто обостряющимися.

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

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

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

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

Под частыми обострениями обычно понимают возникновение тяжелых болезненных проявлений ежегодно или более одного раза в год. Частота обострений также определяется ретроспективно, путем анализа клинической картины заболевания в прошлом и (или) на основании прогноза его течения.

5. Таким образом, только наличие всех трех квалифицирующих признаков (хронического или затяжного течения психического расстройства,

тяжести болезненных проявлений и их стойкости или частоты обострений) дает основание для установления за больным диспансерного наблюдения.

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

7. Правило оформления комиссионного решения заключено в ч. 3 настоящей статьи. В записи решения должны быть изложены основные анамнестические сведения, отражено психическое состояние пациента, уровень его социальной адаптации, дана диагностическая оценка имеющегося или перенесенного психического расстройства и указаны основания, по которым принято решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения. Запись решения комиссии вносится в медицинскую документацию и удостоверяется подписями председателя и членов комиссии.

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

8. В ч. 4 настоящей статьи определяются основания для прекращения диспансерного наблюдения, порядок последующего оказания амбулаторной психиатрической помощи и условия возобновления диспансерного наблюдения. В связи с тем, что многие психические расстройства, в том числе хронические и тяжелые, могут спонтанно или под влиянием лечения иметь благоприятный исход, установленное ранее диспансерное наблюдение не должно рассматриваться как неизменный вид амбулаторной психиатрической помощи. Оно прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица.

9. Под выздоровлением понимается исчезновение болезненных проявлений психического расстройства и восстановление психического здоровья.

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

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

10. Если у лица, за которым было установлено диспансерное наблюдение по основаниям ч. 1 настоящей статьи, исчезают не все болезненные проявления психического расстройства, а лишь тяжелые стойкие или часто обостряющиеся, то это свидетельствует о значительном улучшении психического состояния.

Значительное улучшение психического состояния может быть основанием для прекращения диспансерного наблюдения, если оно (улучшение) является стойким, т.е. вероятность возврата тяжелых болезненных проявлений минимальна. Достоверность такого прогноза возрастает с увеличением продолжительности наблюдения. Практически же, если состояние значительного улучшения сохраняется на протяжении полутора-двух лет и не имеет признаков неблагоприятной динамики, оно может считаться стойким.

Лицо, в отношении которого диспансерное наблюдение прекращено, может впоследствии получать амбулаторную психиатрическую помощь в консультативно-лечебном виде, т.е. по просьбе или с согласия самого лица или его законного представителя. Законом не устанавливается никаких различий в правовом положении такого лица и тех, кто не находился ранее под диспансерным наблюдением.

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

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

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

Комментарий к ст.29

1. Статья содержит три критерия, которые действительны при следующем общем для всех критериев условии - если обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым. В связи со сказанным прежде всего возникает необходимость уточнить, какие психические расстройства следует отнести к тяжелым. Тяжесть психического расстройства определяется наличием нарушений психотического уровня (психоза) или выраженного психического дефекта (врожденная умственная отсталость, приобретенное слабоумие, выраженные изменения личности); наличие менее глубоких расстройств дает основание

квалифицировать состояние как тяжелое лишь в тех случаях, когда эти расстройства по выраженности достигают психотического уровня (например, декомпенсация при психопатии, когда возникает непосредственная опасность ауто- или гетероагрессии).

Что касается другого условия, то оно имеет место, когда тяжесть психического расстройства сочетается с особенностями, которые отражены в изложенных в данной статье признаках, делающих возможным обследование и лечение только в стационарных условиях, исключая любую другую менее ограничительную альтернативу.

2. Остановимся на применении каждого из указанных трех критериев.

а) Критерий непосредственной опасности для себя или окружающих. Применим к категориям лиц с тяжелыми психическими расстройствами. При этом по направленности опасности обычно выделяют лиц: 1) опасных одновременно для себя и окружающих, 2) опасных для окружающих, 3) опасных для себя. Необходимо отметить, что во всех случаях имеется в виду непосредственная опасность. Это обосновывается врачом в конкретном описании состояния лица с указанием на его особенности, высказывания или действия, свидетельствующие о такой опасности. Простого указания, что больной опасен, недостаточно.

б) Критерий беспомощности, т.е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, применим к лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами в виде психотических проявлений или глубоких личностных изменений, врожденного или приобретенного слабоумия, которые обуславливают отсутствие или утрату бытовых и социальных навыков: невозможность элементарного самообслуживания, обеспечения себя пищей, одеждой и пр. Такие больные расцениваются как представляющие «пассивную опасность» для себя, т.е. причиняющие себе ущерб не путем активных действий - самоубийства или членовредительства, а в результате пренебрежения заботой о своих интересах. Вопрос о необходимости их госпитализации возникает нередко в

связи с потерей или временным отсутствием ухаживающих за ними родных или опекунов (смерть, болезнь или вынужденный срочный отъезд). В этих случаях, оставаясь без надзора, они начинают бродяжничать, голодают, нередко оказываясь в ситуации, которая представляет угрозу для жизни.

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

4. Следует указать, что Закон не выделяет ни один из приведенных в данной статье трех критериев в качестве главного; они в равной степени могут служить основанием для госпитализации в недобровольном порядке. Это необходимо особенно подчеркнуть в связи с тем, что некоторые врачи-психиатры (а также некоторые судьи) в основном ориентируются на критерий непосредственной опасности для себя или окружающих как наиболее доказательный и очевидный. Такая практика грубо искажает содержание Закона, оставляя пациентов, психическое состояние которых соответствует критериям «б» и «в», вне возможности получить психиатрическую помощь. Практика показывает, что таких пациентов среди населения становится все больше и что сами они и их близкие страдают из-за невозможности добиться своевременного лечения. Неприменение критериев «б» и «в» в тех случаях, когда психическое состояние пациентов соответствует этим критериям, и отказ вследствие этого от решения о госпитализации в недобровольном порядке - такое же нарушение закона, как недобровольная госпитализация без указанных в Законе оснований, поскольку нарушаются гражданские права пациентов на получение медицинской помощи. Это нарушение может быть обжаловано (согласно ст.

47 настоящего Закона) в судебном порядке, в вышестоящий орган или прокуратуру.

5. Поскольку обоснованность госпитализации в дальнейшем рассматривается судьей, заключение врача о недобровольной госпитализации должно носить доказательный характер, т.е. помимо диагноза описание состояния должно содержать изложение конкретных фактов об имевших место действиях, высказываниях, особенностях поведения лица, страдающего психическим расстройством, на основании которых принято решение о необходимости недобровольной госпитализации. Соответствие психического состояния пациента критериям недобровольной госпитализации на практике определяется чаще всего либо врачом психоневрологического диспансера (кабинета), либо врачом скорой психиатрической помощи, а после транспортировки больного в психиатрический стационар - врачом-психиатром приемного отделения. В течение 48 часов пребывания в стационаре пациент должен быть освидетельствован комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации (ст. 32 настоящего Закона). Недобровольная госпитализация начинается с момента принятия врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания, поскольку с этого момента могут быть в случае необходимости приняты меры принуждения, сдерживания, фиксации. Доставленный таким образом в психиатрический стационар пациент вновь осматривается врачом-психиатром в приемном отделении, в том числе на предмет соответствия его психического состояния критериям недобровольной госпитализации.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров

психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Комментарий к ст.32

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

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

закключение, которое приобщается к заключению комиссии. Все это обеспечивает объективность и независимый характер врачебного освидетельствования.

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

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

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Комментарий к ст.33

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

Вопрос о госпитализации лица в недобровольном порядке решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения. Это создает дополнительную гарантию прав лица, подвергнутого такой госпитализации. Судья вправе рассмотреть заявление непосредственно в помещении стационара и убедиться в правомерности вывода врачей-психиатров о необходимости такой госпитализации. Создаются также условия для своевременного, в крайне сжатый срок, рассмотрения заявления и принятия решения по существу дела.

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар подается в суд представителем учреждения, в котором находится госпитализированное лицо. Следует отметить, что в Законе речь идет только о психиатрическом стационаре.

2. Комментируемая статья (в ч. 3) определяет действия судьи в случае получения упомянутого выше заявления о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Судья обязан принять такое заявление, но он вправе исследовать все представленные документы и в случае отсутствия главного из них - заключения комиссии врачей-психиатров того стационара, где находится лицо, - отказать в санкции на недобровольную госпитализацию. В связи с этим и возникает требование тщательного оформления всех документов, прилагаемых к заявлению, направляемому в суд.

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

Введение судебного контроля за законностью и обоснованностью помещения гражданина в психиатрический стационар против его воли

свидетельствует о реальном расширении гарантий прав личности. В связи с этим заметим, что дача судьей санкции на недобровольную госпитализацию не лишает гражданина, помещенного в стационар, его представителя или защитника, права обратиться с жалобой на постановление судьи в вышестоящий суд, а также обжаловать действия врачей-психиатров и иных медицинских работников при оказании психиатрической помощи в порядке, предусмотренном ст. 48 Закона.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Комментарий к ст.34

1. В целях защиты прав лица, помещенного в недобровольном порядке в психиатрический стационар, Закон допускает рассмотрение заявления, как в помещении суда, так и в помещении психиатрического учреждения. Тем самым создаются предпосылки для выбора судьей места рассмотрения дела с учетом конкретных обстоятельств (состояния здоровья лица, в отношении которого подано заявление, при возникновении необходимости - участия в

рассмотрении дела всех членов комиссии врачей-психиатров, подписавших заключение, и т.п.).

2. Вместе с тем следует учитывать требование части второй комментируемой статьи о необходимости личного участия госпитализированного лица в судебном рассмотрении вопроса о его недобровольной госпитализации. В связи с этим Закон обязывает судью обеспечить рассмотрение дела в помещении психиатрического учреждения, если психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда. Практика рассмотрения судьями дел этой категории показывает, что чаще всего проводится их рассмотрение именно в психиатрическом учреждении. Нельзя при этом не учитывать, что и для судьи более убедительными будут документально оформленные доказательства необходимости госпитализации, если он будет иметь возможность лично увидеть данное лицо и составить собственное мнение.

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

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

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РФ.

Комментарий к ст.35

1. В ч. 1 данной статьи содержится правило, довольно жестко определяющее возможные варианты постановлений, принимаемых судьей по результатам рассмотрения заявления о госпитализации в недобровольном порядке. Рассмотрение заявления нельзя отложить, а в случае недостаточности доказательственной базы заявление подлежит отклонению. Постановление судьи, по сути дела, является судебным решением. Поэтому к нему применимы общие требования ГПК РФ.

Постановление судьи о приеме к производству заявления о госпитализации в недобровольном порядке и даче санкции на временное пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, после его принятия направляется представителю психиатрического учреждения, подавшего заявление.

В судебное заседание вызываются прокурор, представитель психиатрического учреждения, представитель лица, о госпитализации которого заявлено ходатайство, а также представитель организации, которой предоставлено право защищать граждан, - по его просьбе. Администрация психиатрического учреждения обеспечивает явку лица, которое госпитализировано. Копии вынесенного постановления по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке направляются лицам, участвовавшим в заседании, которым в соответствии со ст. 35 Закона предоставлено право обжалования (принесения протеста).

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

2. Законом (ч. 3 комментируемой статьи) предусмотрена возможность обжалования постановления, принятого судьей по заявлению о недобровольной госпитализации, всеми лицами, участвующими в

рассмотрении заявления. Речь идет о праве госпитализированного лица либо его представителя, а также руководителя психиатрического учреждения и других лиц, участвующих в рассмотрении дела, обжаловать постановление судьи в течение десяти дней. Правом принесения протеста на постановление обладает и прокурор.

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

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33-35 настоящего Закона, постановлением может

продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Комментарий к ст.36

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

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

2. Поскольку, однако, лицо, страдавшее на момент помещения в стационар выраженным психическим расстройством, может оказаться в положении лишенного свободы, если его необоснованно - несмотря на

улучшение психического состояния - продолжают задерживать в больнице, Закон предусматривает (ч. 3 настоящей статьи) судебный контроль за длительностью содержания пациента в стационаре вопреки его воле. Первый раз по истечении шести месяцев и в дальнейшем ежегодно мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления недобровольной госпитализации направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.

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

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

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

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

уважительное и гуманное отношение, исключая унижение человеческого достоинства;

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

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

содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

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

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

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

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

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

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с

законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Комментарий к ст.5

1. В ч. 1 комментируемой статьи подтверждается, что любое лицо, страдающее психическим расстройством, имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, закрепленных в Конституции РФ, конституциях (уставах) субъектов Российской Федерации, в федеральном законодательстве и в законодательстве, издаваемом в субъектах Федерации.

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

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

Вторым способом, используемым в российских законах для ограничения прав лиц с психическими расстройствами, является установление правоограничений с общей ссылкой на наличие у лица заболевания или расстройства психики как основание для этого с последующей конкретизацией в правовых актах Правительства РФ. Федеральный закон «Об оружии» от 13 декабря 1996 г. (СЗ РФ. 1996. № 51. Ст. 5681) устанавливает, что для получения лицензии на владение оружием

граждане РФ обязаны представить в орган внутренних дел по месту жительства медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, связанных в том числе и с психическим заболеванием. Лицам, не представившим такого заключения, лицензия не выдается. Правительству РФ поручается определить перечень заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием (ст. 13).

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

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

Согласие на лечение (ст. 11 настоящего Закона) не может быть дано без предварительного получения пациентом соответствующей информации, которая важна не только для добровольного применения того или иного медицинского препарата или метода, но и для добровольной госпитализации или обращения за консультативно-лечебной помощью.

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

соответствующая информация должна предоставляться и несовершеннолетним в возрасте до 15 лет.

4. Право на помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом, тоже содержится в международно-правовых документах (см., например, принципы 1, 11, 12, 18 Принципов ООН). Потребность в юридической помощи и особенно в юридическом представительстве для лиц с психическими расстройствами очень велика. Во-первых, пациенту может быть трудно вследствие его психического состояния самостоятельно отстаивать свои права. Во-вторых, госпитализированный пациент может испытывать подобные трудности из-за нахождения в психиатрической больнице, в изоляции. И, наконец, пациенту не всегда может быть предоставлена полная медицинская информация, значимая для принятия решений о лечении.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

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

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

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы; пользоваться телефоном; принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

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

Комментарий к ст.37

1. Основания и цели помещения пациента в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила разъясняются всем гражданам, госпитализируемым как в добровольном, так и в недобровольном порядке, о чем делается соответствующая запись в их медицинской карте (истории болезни). В случаях, если в момент госпитализации психическое состояние пациента исключает возможность адекватного восприятия предоставленной ему информации, то в

медицинской карте стационарного больного делается об этом соответствующая запись. В подобных случаях необходимые разъяснения даются пациенту сразу же по мере наступления улучшения в психическом состоянии, о чем также делается запись в медицинской карте стационарного больного. Все разъяснения даются пациенту на том языке, которым он владеет.

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

3. При возникновении необходимости подобного ограничения личных прав пациентов данный вопрос решается заведующим отделением или главным врачом по представлению лечащего врача больного. Решение об ограничении прав пациента заносится в медицинскую карту (историю болезни); это решение должно быть мотивированным, с указанием срока его действия. Опыт показывает, что длительность таких ограничений не должна превышать двух недель, хотя по истечении этого срока ограничительные действия могут быть продолжены при наличии показаний. Заведующий отделением или главный врач, принимая решение об ограничении прав пациента, не должны выходить за рамки перечня, приведенного в ч. 3 комментируемой статьи.

Примечание: более подробно ознакомиться с комментариями к статьям Закона вы можете в учебном пособии

Лисняк, М.А. Законодательство РФ в области психиатрии. Судебно-психиатрическая экспертиза: Учебное пособие/М.А.Лисняк, Н.А.Горбач. – Сибирский юридический институт МВД РФ, 2007.- 132 с.

Контрольные вопросы:

1. Какие виды психиатрической помощи гарантирует государство?
2. На каких принципах основывается оказание психиатрической помощи в РФ?
3. Что такое согласие на лечение и как оно оформляется?
4. Что такое амбулаторная психиатрическая помощь? Какие виды этой помощи вы знаете?
5. С какой целью устанавливается диспансерное наблюдение?
6. Порядок установления диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством.
7. Какими правами обладают психически больные люди, и чем эти права гарантируются?
8. Какими правами обладают пациенты психиатрических стационаров?
9. Каким образом можно психически больного человека ограничить в правах?
10. В каких случаях возможно недобровольное психиатрическое освидетельствование?
11. Порядок проведения недобровольного психиатрического освидетельствования
12. Действия врача-психиатра при недобровольном освидетельствовании гражданина.
13. На каких основаниях гражданина можно поместить в психиатрический стационар в недобровольном порядке?
14. Порядок действия медицинских работников при недобровольном помещении в психиатрический стационар.
15. Каким образом можно обжаловать неправомерные действия медицинских работников при недобровольной госпитализации?

2. Организация, порядок назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе

2.1. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы

Судебно-психиатрическая экспертиза относится к категории судебных экспертиз, назначаемых и проводимых лишь в рамках производства по уголовному или гражданскому делу по правилам, установленным УПК и ГПК РФ (ст.195, 196 УПК РФ).

В основе правового положения экспертов лежит их независимость от сторон в судебном процессе. Эта независимость обеспечивается тем, что в соответствии со ст. 52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г.) судебно-психиатрические учреждения находятся в государственной или муниципальной системе здравоохранения и поэтому судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) производится врачами-психиатрами, работающими в учреждениях Министерства здравоохранения России. Однако Основы предусматривают возможность включения в состав экспертных комиссий дополнительных специалистов-психиатров с их согласия (по ходатайству гражданина или его представителя перед органом, назначившим СПЭ).

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

Основной задачей СПЭ является выдача медицинского заключения с рекомендациями:

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

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

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

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

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

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

В соответствии с уголовно-процессуальным и гражданским процессуальным законодательством и Инструкцией МЗ СССР от 27 октября 1970 г. «О производстве судебно-психиатрической экспертизы...» (действующей в настоящее время в Российской Федерации) СПЭ производится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, по определению суда и определению (постановлению), вынесенному единолично по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела. Ходатайствовать о назначении экспертизы по уголовным делам могут обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник с момента участия в деле, обвинитель в судебном заседании (ст. 283 УПК РФ). В гражданском процессе имеют право ходатайствовать о назначении экспертизы истцы, ответчики, их представители и прокурор, если последний участвует в деле. При возбуждении дела о признании гражданина недееспособным СПЭ является обязательной, независимо от заявленных ходатайств.

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

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

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

3. Достаточно формальным основанием для сомнения в психической полноценности лица, вовлеченного в следственно-судебную ситуацию, являются сведения о его лечении в прошлом в психиатрических больницах или о том, что он состоит на учете в психоневрологическом диспансере.

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

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

Имеют значения сведения о перенесенных в прошлом заболеваниях головного мозга (энцефалит, менингит и т.д.), травмах черепа, если они

сопровождались психическими нарушениями, вызывали ухудшения успеваемости в учебе или снижение трудоспособности.

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

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

Предварительная, до назначения экспертизы, объективизация всех этих данных чрезвычайно важна, так как она может предупредить необоснованное назначение экспертизы, или, наоборот, будет содействовать своевременному проведению экспертизы и правильному экспертному решению. Необходимо учитывать, что как в уголовном, так и в еще большей степени в гражданском процессе данные о наследственной отягощенности, о тех или иных странностях в поведении и понимаемых в бытовом смысле признаках психических расстройств могут умышленно и неумышленно искажаться и извращаться. Симуляция и диссимуляция не только своего настоящего психического состояния, но и анамнеза (истории жизни и заболевания) - нередкое явление в судебно-психиатрической практике. Родственники и другие лица, заинтересованные в исходе уголовного или гражданского дела, также могут давать предвзятые оценочные квалификации «психической ненормальности психически здоровых лиц или, наоборот, говорить о психической норме у душевнобольных. Прямо противоположные показания о психическом здоровье лица, подвергающегося судебно-психиатрическому освидетельствованию в гражданском процессе, довольно часто дают свидетели, заинтересованные в установлении дееспособности или недееспособности этого лица. В связи с этим только после всесторонней

объективизации все сведения могут стать достаточными аргументами для назначения экспертизы.

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

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

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

Своевременность выявления и направления на экспертизу лиц, вызывающих сомнения в психической полноценности, свидетельствует о

судебно-психиатрической грамотности юристов, являются залогом правосудия и имеет существенное значение для профилактики повторных общественно опасных действий психических больных.

Признаки болезненного расстройства психики обвиняемого могут внезапно выявиться на любом этапе уголовного процесса, что и определяет время направления на экспертизу. Если перечисленные факты, вызывающие сомнение в психическом здоровье обвиняемого, становятся известны в процессе следствия, а поведение обвиняемого не требует его неотложного помещения в психиатрическое учреждение, то следует оформлять направление на СПЭ после того, как собрано достаточно материалов, характеризующих психическое состояние обследуемого вообще и в период совершения преступления в частности.

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

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

Страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в момент (период) совершения правонарушения и страдает ли им в настоящее время?

Исключало ли его психическое заболевание способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими?

Не возникло ли психическое заболевание у обвиняемого после совершения преступления, а если возникло, то лишает ли его это заболевание способности осознавать фактический характер происходящих событий?

Нуждается ли обвиняемый, страдающий психическим заболеванием, в применении к нему принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и в каких именно?

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

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

Проведение судебно-психиатрических экспертиз, как правило, поручается постоянным судебно-психиатрическим комиссиям (СПЭК), которые работают на базе психоневрологических диспансеров или психиатрических больниц. Состав этих комиссий утверждается приказом обл. (гор) здравотдела области или города, где они создаются. Кроме того,

следователь и суд могут сами определить персональный состав экспертной комиссии или поручить Министерству здравоохранения образовать такую комиссию. А также следователь и суд могут поручить проведение СПЭ любым врачам, имеющим специализацию по психиатрии. Наиболее сложные, в том числе повторные экспертизы могут быть поручены Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского - ведущему судебно-психиатрическому учреждению России.

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

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

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

испытуемый, запросить его служебную характеристику. При необходимости дополнить материалы, имеющиеся в их распоряжении, эксперты имеют право заявлять ходатайство перед органом, назначившим экспертизу, о предоставлении всех материалов, требуемых для дачи заключения (ст. 57, 199 УПК РФ).

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

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

На продромальной и начальной стадиях многих психических болезней больные зачастую остаются включенными в реальную жизнь. Они могут предъявлять неспецифические жалобы: на головную боль, недомогание, усталость и т.д.. В то же время на фоне упорядоченного поведения у них наблюдаются эпизодически отдельные неожиданные странные и нелепые поступки, в том числе и общественно опасные.

При медленном течении душевной болезни у больных может длительно сохраняться относительная социальная адаптация. Окружающие

нередко считают их людьми со странностями, оригиналами, но в характеристиках нет никаких данных, которые вызывали бы подозрение о наличии психического заболевания. По собственной инициативе свидетели могут не сообщать о необычных поступках данного лица, если их об этом не будут спрашивать.

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

Хотя материалы дела являются основными документами, которые используют эксперты, изучая жизнь и поведение обследуемого, иногда они содержат различные и даже противоположные характеристики и свидетельские показания. Понятно, что эксперт не может односторонне использовать содержащиеся в уголовном деле противоречивые данные, иначе суд может определить проведение повторной экспертизы. Отметив различные стороны поведения подэкспертного, в дальнейшем в мотивировочной части акта следует дать разъяснение этим противоречиям, указав, например, что заключению о невменяемости при диагнозе «шизофрения» не противоречат данные о том, что обследуемый вел себя внешне упорядоченно, имел положительные производственные характеристики.

Согласно ст. 57 УПК РФ эксперт несет ответственность за отказ или уклонение от дачи заключения в судебном заседании либо при производстве

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

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

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

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

Профессиональный врачебный опрос может выявить ряд существенных для правильной диагностики обстоятельств. На такую беседу врач должен получить официальное разрешение следственно-судебных органов, и родственники к экспертам вызываются в таких случаях через эти органы. Родственников подэкспертного всегда интересуют те или иные обстоятельства, связанные с возбужденным уголовным делом против их близкого; однако эксперт не имеет права разглашать данные

предварительного следствия или дознания без разрешения прокурора, следователя или лица, производящего дознание, о чем его предупреждает ст. 310 УК РФ.

2.2. Виды судебно-психиатрической экспертизы

В соответствии с Инструкцией МЗ СССР от 27 октября 1970 г. «О производстве судебно-психиатрической экспертизы...» (действующей в настоящее время в РФ) выделяются следующие виды СПЭ:

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

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

Во время амбулаторного освидетельствования врач-докладчик изучает материалы дела, обследует подэкспертного, составляет историю болезни. Члены комиссии также знакомятся с делом и после доклада им истории

болезни беседуют с подэкспертным. Затем выносится заключение и оформляется акт экспертизы амбулаторной комиссии. В некоторых случаях бывает необходимость провести повторную (обычно через несколько дней) беседу с подэкспертным, и тогда при оформлении акта указывают даты освидетельствования, отмечается динамика психического состояния и дается единое заключение. Если экспертная комиссия не может дать ответ на поставленные вопросы, то она выносит заключение о необходимости стационарной экспертизы.

Амбулаторная экспертиза может вынести окончательное решение при освидетельствовании психически здоровых лиц, совершивших правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения, в случаях кратковременных расстройств психической деятельности в момент совершения преступления. Решающим обстоятельством в этих случаях являются материалы уголовного дела, если они содержат достаточно данных, характеризующих психическое состояние лица в момент инкриминируемого деяния. Амбулаторная экспертиза может вынести окончательное решение при несомненных процессуальных психических заболеваниях, подтверждаемых медицинскими документами.

Большую долю работы амбулаторных комиссий занимает освидетельствование лиц, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах с нерезко выраженными психическими расстройствами (легкие формы дебилности, остаточные явления черепно-мозговой травмы, хронический алкоголизм, последствия перенесенных в детстве нейроинфекций, психопатические черты характера). Окончательное заключение об их вменяемости также может вынести амбулаторная экспертиза. Однако психотические эпизоды и состояние декомпенсации в анамнезе в таких случаях говорят о необходимости стационарной экспертизы. Амбулаторную экспертизу проходят многие лица, нуждающиеся в определении дееспособности, а также большинство свидетелей и потерпевших. Потерпевшим по делам об изнасиловании, особенно

несовершеннолетним, следует стремиться проводить только амбулаторную экспертизу. Пребывание таких лиц в стационаре нецелесообразно по деонтологическим соображениям.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

Проведение подобной экспертизы регламентируется Инструкцией «Об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 г. N 370.

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

Для проведения стационарной экспертизы в психиатрических больницах министерства здравоохранения создаются судебно-психиатрические отделения или выделяются специальные палаты в общих отделениях. Судебно-психиатрическое отделение организуется для лиц, не содержащихся под стражей, и реже охраняемые силами и средствами органов МВД для лиц, содержащихся под стражей. В них помещают только обвиняемых и осужденных. Гражданские истцы и ответчики, а также

потерпевшие и свидетели для стационарной СПЭ направляются в общее отделение психиатрических больниц. При назначении стационарной экспертизы помещение в психиатрический стационар (стационарное отделение) подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, допускается только на основании судебного решения.

В отношении подэкспертных, не взятых под стражу, должны сохраняться все те же права, которые охраняют интересы больных, находящихся на лечении на общих основаниях: возможность свиданий, свободной переписки, прогулок в больничном саду и т.д. В отношении обследуемых, находящихся под стражей, существует ряд ограничений (на переписку, свидания и т.д.), которые оговорены в Основах уголовного судопроизводства. Подэкспертные должны быть извещены об этих ограничениях.

Сроки пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре (стационарном отделении) определяются, а продление этих сроков производится в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации". Стационарное обследование не должно продолжаться более 30 дней. Если за этот срок дать окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости обследуемого невозможно, то экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока обследования, направляя это решение в письменном виде органу назначившему экспертизу. Общий срок пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре (стационарном отделении) при производстве одной экспертизы не может превышать 90 дней.

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

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

Если обследование, от которого категорически отказывается подэкспертный имеет принципиальное значение для диагностики и решения экспертных вопросов, то врачам рекомендуется об этом известить следственно-судебный орган, с санкции которого проводится экспертиза. С ведома последних может быть проведена беседа с родственниками для получения их согласия на обследование подэкспертного. В таких случаях деонтологическая тактика эксперта обязана учитывать не только важность и необходимость лабораторного обследования, но и правовое положение подэкспертного: до решения экспертной комиссии и определения суда подэкспертный в юридическом плане не считается психически больным, а является лицом, находящимся под следствием, и его права оговорены ст. 203 УПК РФ.

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

Экспертиза в судебном заседании. Необходимость экспертизы в суде возникает при различных обстоятельствах. Ее проведение суд может определить обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному

освидетельствованию, и сомнение в их психической полноценности впервые возникло во время судебного рассмотрения дела. В таких случаях эксперт далеко не всегда может дать окончательное заключение, особенно в отношении лиц, которые не обнаруживали ранее психических нарушений. Чаще эксперт рекомендует направить обвиняемого на амбулаторную или стационарную экспертизу.

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

Чаще всего экспертов-психиатров вызывают на судебное заседание в отношении лиц, прошедших экспертизу с вынесением окончательного заключения. Вызов эксперта бывает связан с сомнением суда в правильности заключения, необходимостью разъяснения тех или иных положений экспертного заключения, получением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, и, наконец, изменением психического состояния и поведения обвиняемого. В последних случаях

чаще приходится дифференцировать реактивный психоз, психогенную декомпенсацию и симуляцию.

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

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

Экспертов-психиатров вызывают в суд также по делам о невменяемых при направлении их на принудительное лечение. При этом суду может потребоваться согласовать с экспертом меры медицинского характера, оценить общественную опасность больного. Такие вопросы возникают и тогда, когда экспертная комиссия не рекомендует применение принудительных мер медицинского характера, что бывает при острых кратковременных психотических состояниях в момент совершения общественно опасного деяния.

В судебном заседании эксперту задаются вопросы с разрешения председательствующего. Эксперт вправе указать на вопросы, выходящие за пределы его компетенции или излишне отвлеченные. Вопросы, выходящие за пределы компетенции эксперта-психиатра и не относящиеся к данной экспертизе, суд отклоняет.

Иногда эксперту-психиатру задают научные вопросы по его специальности, выходящие за рамки данного заключения, если их

разъяснение имеет значение для оценки судом и участниками процесса выводов экспертизы. Это вопросы о различных вариантах прогноза при заболевании, установленном у обвиняемого, возможности сочетания симуляции с психическим заболеванием и др.

На судебном заседании заключение по поставленным вопросам эксперт представляет суду в письменном виде. Если в судебном заседании участвует несколько экспертов-психиатров и они придерживаются единого мнения, то представляется общее заключение. В случае расхождения экспертных мнений заключения подаются отдельно. В подобных случаях суд часто ставит перед каждым экспертом вопрос, почему он считает неправильным иное мнение, которого придерживаются другие эксперты.

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

Заочная судебно-психиатрическая экспертиза.

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

При заочной экспертизе психическое состояние подэкспертного оценивается на основании свидетельских показаний, медицинской

документации (в этих случаях особенно важно получить подлинники историй болезни и амбулаторных карт), характеристик, письменной продукции обследуемого. Эксперту приходится внимательно изучать документацию и связывать в единое целое ряд мелких штрихов, имеющих место в отдельных характеристиках и показаниях, чтобы вынести заключение об особенностях психического состояния.

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

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

2.3. Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии

Данное заключение оформляется актом экспертизы; его структура и принцип составления регламентированы ст. 204 УПК РФ, Приказом Министерства здравоохранения «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и приложениями к приказу.

Приводимые фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием откуда они почерпнуты (из материалов дела, слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. Он должен включать не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающее из данных о психическом состоянии подэкспертного в прошлом и в период обследования.

Заключение СПЭ состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (если таковое имеется),

описания физического, неврологического и психического состояния (включая результаты лабораторных исследований), заключительной, так называемой мотивировочной части. Последняя состоит из выводов и их обоснования.

При изложении истории жизни (анамнеза) эксперт должен отчетливо показать динамику выявленных психических нарушений. Анамнез желательно проследить до момента поступления лица на экспертизу, так как проведение в период следствия, а тем более пребывания под стражей имеет существенное значение для диагностики и судебно-психиатрической оценки. Особое внимание следует обращать на психическое состояние лица в период, относящийся к инкриминируемому деянию (имеется в виду состояние, непосредственно предшествующее правонарушению, в этот момент и сразу после содеянного).

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

В случаях невменяемости обосновывают рекомендуемые меры медицинского характера.

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

Если правонарушение складывается из ряда следующих друг за другом эпизодов, а перед экспертами не поставлены вопросы о дифференцированной

оценке состояния обследуемого относительно каждого эпизода, то эксперты, установив качественные различия в психическом состоянии обследуемого в момент того или иного противоправного деяния, дают по ним отдельные экспертные оценки. Так, лицо, совершившее кражу в состоянии острого алкогольного опьянения и убийство в состоянии острого алкогольного психоза, по первому общественно опасному деянию должно быть признано вменяемым, по - второму невменяемым. Поскольку убийство было совершено в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности, проявлений которого уже нет ко времени судебно-психиатрического освидетельствования, то принудительные меры медицинского характера по поводу этого общественно опасного деяния могут не применяться.

Эксперт-психиатр вправе наряду с вопросом о вменяемости-невменяемости в своем заключении отметить, как должен относиться суд к показаниям этих лиц: как к показаниям психически здоровых или душевно больных людей (например, при самооговорах депрессивных больных).

В случаях признания подэкспертного вменяемым при наличии тех или иных психических расстройств большое значение приобретает мотивировочная часть судебно-психиатрического акта. Например, при признании лица, страдающего олигофренией, вменяемым экспертам следует не только обосновать его способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими в отношении данного конкретного деяния, но и показать суду, что он все же имеет дело с человеком со сниженным интеллектом, особенности психики которого если и не были прямой причиной совершенного деяния, то могли способствовать этому.

Заключение экспертов подлежит оценке следственных органов и суда, которые анализируют судебно-психиатрический акт на предмет его информативности, а также полноту и достоверность изложенных в нем фактов. В результате заключения может быть принято ими или отвергнуто.

Несогласие с экспертной комиссией следственные органы и суд должны мотивировать и конкретно обосновать в постановлении или определении (ст.207, 283 УПК РФ). Подобная мотивировка несогласия с экспертизой не только важна для обоснования этого процессуального действия, но и имеет большое значение для повторной экспертизы, так как указывает, какие обстоятельства вызывают у следователя и суда сомнение в экспертном заключении.

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

Изучение причин назначения повторных СПЭ, представляющих собой результат несогласия следственных органов и суда с предыдущим экспертным заключением, показывает следующие наиболее типичные обстоятельства. Если первая экспертиза признает обследуемого вменяемым, то сомнения в правильности этого заключения могут вызываться, например, односторонностью отбора данных уголовного дела, когда приводятся доводы о психической сохранности и не оговариваются, не освещаются факты, вызывающие сомнения в психическом здоровье (например, вычурность и манерность в поведении психопата). Неясность мотивов преступления, чрезмерная жестокость, отсутствие попыток скрыть преступление, неправильное поведение обвиняемого на допросах или в судебном заседании, нелепые объяснения совершенного преступления, непоследовательные высказывания также часто бывают причинами назначения повторной судебно-психиатрической экспертизы лицам, признанным вменяемым.

Если первая экспертиза дала заключение о невменяемости, то поводом для сомнения служат корыстные мотивы ООД и попытки его сокрытия, совершение преступления в соучастии с другими лицами, внешне упорядоченное поведение обвиняемого, его формальная ориентировка в окружающем и т.п. Порождает сомнение и несовершенство самого акта экспертизы, когда эксперт обращает внимание только на патологические нарушения и не упоминает о сохранных сторонах психики, наблюдающихся у подэкспертного.

Между выводами первой и повторной экспертизы возможны расхождения. Это обуславливается тем, что в результате повторного клинического обследования общее количество диагностически значимой информации увеличивается, выявляется ранее не замеченная, непостоянная психопатологическая симптоматика, уточняется динамика психического состояния.

Затрудняет вынесение экспертных решений недостаточность содержащихся в уголовных делах материалов, характеризующих личность обвиняемого, его поведение в различных условиях, в различных ситуациях и особенно в период, предшествовавший правонарушению, во время его совершения и непосредственно после него, что особенно важно для установления временного расстройства психической деятельности. Отсутствие всей необходимой информации порою ведет к неоднократным повторным экспертизам и ставит в трудное положение работу не только первой, но и последующих экспертных комиссий, особенно если повторную экспертизу суд назначает без возвращения дела на доследование, в связи с чем получение дополнительных материалов становится для эксперта затруднительным.

Следует отметить, что по Красноярскому краю в отношении следственных испытуемых в среднем 7,3% признаются невменяемыми, 87,3 % вменяемыми и в 5,4 % случаев экспертная комиссия затрудняется вынести решение.

Среди испытуемых, признанных невменяемыми 52,5 % составляют больные шизофренией, 19,2% - страдающие умственной отсталостью. Психические расстройства непсихотического уровня составили 6,2 % от признанных невменяемыми. Остальные проценты распределены между алкогольными, реактивными и некоторыми другими психозами.

Контрольные вопросы:

1. Что такое невменяемость? Какие критерии ее выделяют?
2. Кто имеет право назначить судебно-психиатрическую экспертизу?
3. Кто и в каких учреждениях проводит судебно-психиатрическую экспертизу?
4. Чем регламентируется проведение судебно-психиатрической экспертизы?
5. Какие документы следователь должен собрать для проведения экспертизы?
6. Какие виды судебно-психиатрических экспертиз выделяют?
7. В чем преимущества амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы?
8. Какие основания должны присутствовать для назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы?
9. Как долго может длиться стационарная судебно-психиатрическая экспертиза?
10. С какой целью экспертов могут вызвать в судебное заседание?

3. Принудительные меры медицинского характера

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

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

назначаются судом;

являются государственным принуждением.

Отличаются от наказания:

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

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

по целям (лечение, а не исправление);

по юридическим последствиям (данные меры не влекут судимости).

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

3.1 Основания для применения принудительных мер медицинского характера

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

лицам, совершившим преступления в состоянии невменяемости;

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

лицам с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

Еще в 1987 г. разработчики соответствующего раздела третьего модельного УК Бородин С.В. и Полубинская С.В. сформулировали идею комплексного основания применения принудительных мер медицинского характера. «В основании можно выделить три элемента, совокупность которых является достаточной для применения принудительных мер медицинского характера, а отсутствие хотя бы одного из них исключает применение этих мер:

факт совершения лицом общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, либо преступления;

наличия у этого лица психического заболевания, либо алкоголизма, либо наркомании;

необходимости лечения такого лица, вследствие его психического состояния, вызывающего опасность причинения им вреда себе или окружающим»¹.

Аналогичный вывод делают и другие авторы.² Они предлагают отнести к основаниям применения принудительных мер медицинского характера три обстоятельства:

А) совершения лицом преступления (общественно опасное деяние);

Б) наличия у лица, его совершившего, психических аномалий различной степени тяжести;

В) такой характер психических аномалий, который связан с возможностью причинения этим лицом иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

¹ Уголовный закон. Опыт теоретического моделирования. – М., 1987. – С.208

² Назаренко, Г.В. Принудительные меры медицинского характера/ Г.В. Назаренко. – М., 2003.

Фактически разные авторы ведут речь о юридических и медицинских показателях общественной опасности психически больного лица, совершившего ООД. По мнению Назаренко Г.В.³, единственным основанием применения принудительных мер медицинского характера является общественная опасность психически больного, совершившего уголовно-противоправное деяние. Общественная опасность такого лица характеризуется двумя критериями:

юридическим (совершение деяния, предусмотренного УК);

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

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

Таким образом, для решения вопроса о выборе средств уголовно-правового воздействия необходим учет признаков состава уголовно-противоправного деяния, но в еще большей степени требуется учет свойств личности, ее социальной опасности, т.е. признаков, находящихся за рамками состава общественно опасного деяния.

3.2 Цели применения принудительных мер медицинского характера (ст.98 УК РФ)

³ Назаренко, Г.В. Принудительные меры медицинского характера/ Г.В. Назаренко. – М., 2003.

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

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

Улучшение психического состояния указанных лиц

Предупреждение свершения ими новых уголовно-противоправных деяний

Т.е. речь идет о двух направлениях деятельности, о двух целях применения:

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

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

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

3.3 Виды принудительных мер медицинского характера

3.3.1 Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра

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

По мнению специалистов, амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено лицам, которые по своему психическому состоянию и с учетом характера совершенного деяния представляют невысокую общественную опасность⁴.

Уголовный кодекс не дает критериев этого психического состояния. С точки зрения Назаренко Г.В., юридическими критериями психического состояния, в котором больной не нуждается в стационарном лечении являются:

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

Б) способность руководить своим поведением в процессе принудительного лечения.

Медицинскими критериями рассматриваемого психического состояния являются:

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

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

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

⁴ Назаренко, Г.В. Принудительные меры медицинского характера/ Г.В. Назаренко. – М., 2003.

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

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

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

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

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может применяться как

- первичная мера принудительного лечения: кратковременные расстройства психики (патологическое опьянение, алкогольный психоз, послеродовой психоз и т.д.)
- последний этап принудительного лечения: у лиц с хроническими расстройствами психики, слабоумием после прохождения принудительного лечения в стационаре, в связи с тем, что указанные лица нуждаются во врачебном наблюдении и поддерживающем лечебном режиме.

3.3.2. Назначение принудительного лечения в психиатрическом стационаре

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

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

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

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

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

В зависимости от режима психиатрические стационары делятся на:

- стационары общего типа;
- стационары специализированного типа;
- стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением.

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

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

3.3.3 Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа

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

Об отсутствии необходимости в интенсивном наблюдении за такими больными свидетельствуют:

- их несклонность к нарушению режима;
- неконфликтность с окружающими;
- неагрессивный характер поведения.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа проводится совместно с психически больными, которые не совершили ООД, и в тех же режимных условиях. Вместе с тем в отношении лиц на принудительном лечении применяются определенные режимные ограничения:

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

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

3.3.4 Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа

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

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

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

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

передачами, проведение необходимых мероприятий в строгом соответствии с инструкцией.

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

3.3.5 Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

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

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

Психиатрическое лечение в стационарах специального типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицам, которые по своему психическому состоянию представляют особую опасность для себя либо окружающих. По мнению Г.В. Назаренко,⁵ особая опасность имеет

⁵ Назаренко, Г.В. Принудительные меры медицинского характера/ Г.В. Назаренко. – М., 2003.

медицинские и юридические показатели. Медицинскими показателями особой опасности являются психотические состояния и продуктивная симптоматика. В частности, шизофрения и другие психозы с бредовыми идеями преследования и отравления, императивными галлюцинациями. Юридическими показателями особой опасности психически больных лиц являются такие поведенческие акты, которые способны причинить существенный вред себе либо другим лицам. О наличии признаков особой опасности для самого себя свидетельствуют попытки самоубийства и членовредительства. Показателями особой опасности для других являются факты нападения на окружающих и совершение поджогов.

Уголовно-криминологическими показателями особой опасности служат также:

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

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

3.4 Исполнение принудительных мер медицинского характера

3.4.1 Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера

Суд при назначении принудительных мер медицинского характера не устанавливает сроки принудительного лечения. По смыслу закона (ст. 99 УК) такое лечение необходимо проводить до выздоровления лиц, страдающих психическими расстройствами, либо до такого улучшения их психического состояния, которое исключает совершение ими новых деяний, предусмотренных уголовным законом.

В юридической литературе высказывается мнение, что "основанием для решения вопроса о продлении, изменении, прекращении принудительного лечения может быть только состояние психического здоровья лица, в отношении которого применяются принудительные меры".⁶ Законодатель решает этот вопрос более определенно, так как связывает изменение или прекращение применения принудительных мер медицинского характера с таким изменением психического состояния лица, при котором "отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера" (ч. 3 ст. 102 УК). По смыслу закона основанием для прекращения применения принудительных мер медицинского характера является такое изменение психического состояния лица, при котором отпадает либо значительно снижается его общественная опасность, связанная с "возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц" (ч. 2 ст. 97 УК).

⁶ Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2002.- С. 317.

Об отпадении общественной опасности свидетельствует полное выздоровление лица, имевшего психическое расстройство. Однако случаи полного выздоровления являются относительной редкостью в практике психиатрического лечения. В связи с этим для решения вопроса о прекращении принудительного лечения суды должны ориентироваться на такое изменение психического состояния, которое резко снижает общественную опасность больного. О существенном снижении общественной опасности психически больного лица может свидетельствовать не только улучшение его психического состояния, но и явное ухудшение его психического состояния. В последнем случае значительное снижение общественной опасности больного является следствием его психической либо физической немощности в результате стойкого и необратимого психического либо сопутствующего соматического заболевания.

Для того чтобы применение принудительных мер медицинского характера не превратилось в пожизненное принудительное лечение, законодатель наряду с основанием прекращения такого лечения установил судебный контроль за исполнением принудительных мер медицинского характера (ч. 1 ст. 102 УК) и сроки освидетельствования психически больных лиц для решения вопроса о прекращении принудительного лечения либо изменении его вида (ч. 2 ст. 102 УК).

Нормы УК закрепляют новый порядок продления, изменения и прекращения принудительного лечения, в соответствии с которым судебный контроль за исполнением принудительных мер медицинского характера включает в себя:

а) принятие судебного решения, обеспечивающего обоснованность принудительного лечения (ч. 1 ст. 102 УК);

б) принятие судебных решений, обеспечивающих не только обоснованность, но и своевременность продления, изменения и прекращения принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 102 УК).

Закон (ч. 2 ст. 102 УК) определяет сроки обязательного освидетельствования лиц, находящихся на принудительном лечении, комиссией врачей-психиатров и механизм реализации продления, изменения и прекращения принудительных мер. В соответствии с законом комиссия врачей-психиатров обязана проводить периодические освидетельствования больных "не реже одного раза в шесть месяцев". Администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии вносит в суд представление о прекращении применения либо об изменении принудительной меры медицинского характера. Судебное решение служит основанием для выписки из психиатрической больницы либо для перевода в стационар иного типа.

Закон (ч. 4 ст. 102 УК) предусматривает, что в случае прекращения принудительного лечения в психиатрическом стационаре суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, органам здравоохранения для последующего диспансерного наблюдения по месту жительства, лечения в психиатрическом стационаре на общих основаниях или направления в психоневрологическое учреждение социального обеспечения.

Порядок изменения принудительного лечения также включает в себя:

- а) проведение периодического освидетельствования психически больных комиссией врачей-психиатров;
- б) соблюдение установленных законом сроков освидетельствования;
- в) направление либо предоставление суду заключения для изменения вида принудительного лечения;
- г) осуществление судебной процедуры принятия соответствующего решения.

Основанием для изменения принудительной меры медицинского характера является такое изменение психического состояния лица, которое характеризуют два взаимосвязанных признака:

- а) отпадение необходимости в применении ранее назначенной меры;

б) возникновение необходимости в назначении иной принудительной меры медицинского характера (ч. 3 ст. 102 УК).

Отпадение необходимости в ранее назначенной мере может быть связано с улучшением психического состояния больного либо с таким ухудшением его психического состояния, которое снижает общественную опасность больного. В последнем случае может иметь место развитие слабоумия или апатико-абулического синдрома, что ведет к потере способности к последовательной деятельности и значительному снижению активности.

Возникновение необходимости в назначении иной принудительной меры медицинского характера может быть вызвано таким изменением психики, которое:

а) снижает общественную опасность в такой степени, что применение ранее назначенной меры становится нецелесообразным;

б) повышает опасность психически больного лица настолько, что возникает необходимость в назначении принудительной меры медицинского характера с более строгим режимом содержания и наблюдения за больным.

Изменение принудительных мер заключается в изменении вида принудительного лечения. При снижении общественной опасности больного изменение принудительного лечения осуществляется в соответствии с принципом ступенчатости, который предполагает постепенный (пошаговый) переход от одной принудительной меры к другой. Больной при таком подходе переводится по решению суда из психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением в стационар без интенсивного наблюдения, затем в стационар общего типа, а в качестве заключительной ступени (этапа) лечения может быть использовано принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра.

В случае возрастания общественной опасности больного при изменении принудительного лечения также применяется принцип ступенчатости, но в обратной последовательности: амбулаторное лечение

последовательно заменяется лечением в стационаре: общего типа, специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Таким образом, принцип ступенчатости принудительного лечения в зависимости от снижения либо возрастания психической опасности больного может иметь прямую и обратную последовательность. Прямая последовательность реализации данного принципа предполагает смягчение режима принудительного лечения, обратная заключается в его усилении.

Изменение амбулаторного вида принудительного лечения на стационарные виды психиатрического лечения и наоборот осуществляется по решению суда в соответствии с нормами, регламентирующими амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ст. 100 УК) и принудительное лечение в психиатрическом стационаре (ст. 101 УК).

В практике судебной психиатрии ранее применявшийся принцип целесообразности (нецелесообразности) применения той или иной принудительной меры медицинского характера получил конкретизированное выражение как принцип необходимости и достаточности принудительного лечения. Сопоставление указанных принципов позволяет сделать вывод, что необходимость изменения ранее назначенной меры связана с нецелесообразностью ее применения, а достаточность вновь назначенной меры определяется целесообразностью ее назначения. В любом случае следование данному принципу должно соответствовать целям применения принудительных мер медицинского характера, то есть способствовать излечению психически больных лиц либо улучшению их психического состояния, а также предупреждению совершения новых деяний, предусмотренных уголовным законом.

Основания продления принудительных мер медицинского характера сформулированы законодателем в негативной форме как "отсутствие оснований для прекращения применения или изменения принудительной

меры медицинского характера" (ч. 2 ст. 102 УК). Это означает, что имеются в наличии два обстоятельства:

лицо страдает психическим расстройством, связанным с возможностью причинения "иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц" (ч. 2 ст. 97 УК);

сохраняется необходимость амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ст. 100 УК), либо лицо по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении (ст. 101 УК).

В целях обоснованного и действенного продления принудительного лечения законодатель устанавливает два срока продления принудительных мер медицинского характера:

а) первое продление производится по истечении шести месяцев с момента начала лечения. Этот срок обусловлен шестимесечным периодом проведения регулярных психиатрических освидетельствований на предмет изменения либо прекращения принудительного лечения;

б) в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно. Удлинённый срок последующего переосвидетельствования связан с практикой принудительного лечения, показывающей, что для устойчивой ремиссии заболевания требуются более длительные сроки, чем шесть месяцев. Дореволюционное законодательство вполне обоснованно предусматривало двухлетний срок первичного лечения⁷.

С медицинской точки зрения продление принудительного лечения необходимо в отношении двух категорий больных:

а) лиц, которые в процессе лечения не восстановили способность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими;

⁷ Фейнберг, Ц.М. Принудительное лечение и признание душевнобольных, совершивших преступление в дореволюционной России. Проблемы судебной психиатрии\ Ц.М. Фейнберг. - М., 1946.

б) лиц, которые имеют временное улучшение психического состояния, но при этом сохраняется достаточно высокая вероятность рецидива заболевания.

С юридической точки зрения продление принудительного лечения диктуется отсутствием данных, свидетельствующих о безопасности психически больного лица после проведенного лечения. Иными словами, речь идет о сохранении потенциальной опасности, обусловленной психическим состоянием больного и антисоциальными тенденциями, которые проявляются в его поведении.

3.4.2 Зачет времени применения принудительных мер медицинского характера

Законодатель использует понятие "зачет", однако определение этого понятия в законе отсутствует. По смыслу закона (ст. 103 УК) уголовно-правовой зачет представляет собой включение в срок наказания времени пребывания в психиатрическом стационаре лицам, совершившим преступление в состоянии вменяемости. Вопрос о зачете времени применения принудительных мер медицинского характера встает в случае выздоровления лиц, в отношении которых применялось принудительное лечение в связи с наступлением психического расстройства после совершения преступления.

В соответствии с законом (ч. 1 ст. 81 УК) "лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишаящее 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". Однако такое освобождение не является бессрочным, так как уголовный закон предусматривает возможность назначения принудительной меры медицинского характера, если субъект представляет общественную опасность (ч. 1 ст. 81 УК), а в случае

выздоровления до истечения сроков давности лицо, совершившее преступление, подлежит уголовной ответственности и наказанию (ч. 4 ст. 81 УК). Выздоровление лица, совершившего преступление, является основанием для принятия судом решения о прекращении принудительного лечения и одновременно служит поводом для возобновления производства по уголовному делу либо решения судом вопроса о продолжении отбывания наказания.

В случае возобновления приостановленного уголовного дела или исполнения ранее назначенного наказания производство предварительного расследования, судебного разбирательства, назначения и исполнения наказания осуществляются в общем порядке, установленном действующим законодательством. При этом правоохранительным органам, осуществляющим указанные функции, следует определить, нет ли обстоятельств, препятствующих возобновлению производства по делу или исполнению наказания, таких, как сроки давности (ст. 78, 83 УК), и других оснований для освобождения от уголовной ответственности и наказания (ст. 75-77, 82, 84, 85, 91, 93 УК).

Зачет времени применения принудительных мер медицинского характера в срок наказания осуществляется из расчета 1 день пребывания в психиатрическом стационаре за 1 день лишения свободы (ст. 103 УК).

Совершенно иной подход законодатель демонстрирует к такой мере медицинского характера, как принудительное наблюдение и лечение у психиатра: правило зачета на данный вид принудительного лечения не распространяется. По справедливому замечанию Бородина С.В., "амбулаторное лечение... не налагает на больного существенных ограничений".⁸ Больной, хотя и проходит психиатрическое лечение, фактически находится на свободе. Такой подход вполне согласуется с принципом справедливости, согласно которому меры уголовно-правового

⁸ Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2002.- С.324

характера должны соответствовать всем обстоятельствам дела и особенностям личности виновного лица (ст. 6 УК).

Норма о зачете времени принудительного лечения в срок наказания является конкретным воплощением принципа гуманизма, который закрепляет идею ограничения антигуманных проявлений в сфере применения уголовного законодательства (ст. 7 УК). Рассматриваемая норма имеет гуманный характер, так как ограничивает срок наказания лицу, которое достаточно длительно (не менее 6 месяцев) находилось в состоянии зависимости от психической болезни и подвергалось в связи с этим принудительному лечению.

Закон (ст. 103 УК) не содержит указаний о порядке зачета при назначении других видов наказания, нежели лишение свободы. Вместе с тем представляется вполне обоснованным в соответствии с правилами исчисления сроков наказания и зачета наказания, установленными ст. 72 УК, засчитывать 1 день пребывания в психиатрическом стационаре за 1 день ареста или содержания в дисциплинарной воинской части, 2 дня ограничения свободы, 3 дня исправительных работ или ограничения по военной службе, 8 часов обязательных работ. И последнее: правило о равенстве 1 дня лишения свободы 1 дню пребывания в психиатрическом стационаре никоим образом не противоречит принципу законности, закрепленному ст. 3 УК, ибо зачет времени принудительного лечения в срок наказания представляет собой не только техническую процедуру, но и уголовно-правовое последствие, определяемое Уголовным кодексом в связи с прохождением курса принудительного лечения лицом, подлежащим наказанию.

Контрольные вопросы:

1. Что такое принудительные меры медицинского характера?
2. Какие ПММХ предусматривает законодатель в ст.99 УК РФ и каков порядок их применения?

3. Какие основания для применения принудительных мер медицинского характера?

4. С какими целями применяются принудительные меры медицинского характера?

5. Что служит уголовно-криминологическими показателями особой опасности психически больного?

4. Симптоматика психических расстройств

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

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

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

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

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

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

Установление диагноза какого-либо психического заболевания возможно по сочетанию и динамике основных психопатологических симптомов и синдромов.

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

Важно помнить, что только разностороннее рассмотрение отдельных симптомов и определенных их групп или сочетаний, имеющих закономерные связи, может привести к распознаванию психической болезни. Симптомы и синдромы, взятые каждый в отдельности, изолированно, не обладают нозологической специфичностью и не могут служить целям установления диагноза, поскольку отличаются многозначностью.

4.1 Патология ощущений и восприятия

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

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

Изменение интенсивности ощущений

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

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

Разнообразные явления анестезии и гипестезии могут быть выявлены у больных истерическим неврозом. В основе истерических выпадений чувствительности лежат психологические механизмы избирательного внимания («вытеснения» по З.Фрейду). Локализация, область распространения и вид анестезии соответствует житейским представлениям пациентов о проявлениях ожидаемой болезни и топографии зон чувствительности.

Гиперестезия - субъективное усиление одного, либо нескольких видов элементарной чувствительности, повышение восприимчивости обычных внешних раздражений, нейтральных для обычного человека в нормальном состоянии. Обычный дневной свет ослепляет, окраска окружающих предметов становится необычно яркой, их форма - особенно отчетливой, светотень контрастной. Звуки оглушают, стук закрывающихся дверей звучит

как выстрел, невыносим звон расставляемой посуды. Запахи воспринимаются остро, раздражают. Прикасающееся к телу белье, одежда кажутся шероховатыми, грубыми. На фоне гиперестезии часто отмечаются раздражительность, несдержанность, гневливость, душевный дискомфорт.

Подобные расстройства наблюдаются при астенических и депрессивных состояниях, встречаются на начальных этапах развития помрачения сознания (делирий, онейроид), острых психотических состояний (острые галлюциноз, параноид и т.д.), в состоянии острой интоксикации некоторыми психоактивными веществами (опиатами, гашишем, циклодолом и т.п.).

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

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

Сенестопатии встречаются при невротических синдромах, аффективно-бредовых, онейроидных и психоорганических синдромах. Иногда сенестопатии выступают в виде первых зарниц шизофренического психоза.

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

Существуют различные виды иллюзорного восприятия. Многие из них не являются патологией, так как обусловлены физиологическими особенностями органа зрения, либо физическими свойствами окружающей среды. Например, ложка в стакане с водой на границе сред "вода-воздух" кажется переломившейся. Другим примером можно назвать мираж в пустыне.

Иногда иллюзии появляются у психически здоровых людей под влиянием сильных эмоций в определенных ситуациях. Так, боязливый человек, идя ночью по пустынной улице, может принять силуэт кустарника за фигуру притаившегося человека.

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

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

Аффективные иллюзии чаще всего возникают при страхе или тревожно-подавленном настроении. В этом состоянии висящий в углу халат воспринимается как притаившийся убийца, доносящийся из столовой звон ложек, стук тарелок - как бряцание оружием, приготовление к казни. В обычном уличном шуме слышится многоголосый говор народа, собирающегося для публичного осуждения больного. Подобные иллюзии встречаются на начальных этапах развития делирия, острых парафренных и параноидных синдромах.

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

Парейдолические иллюзии (парейдолии) возникают без существенных изменений аффекта, но при снижении тонуса психической деятельности, ее пассивности. Их содержание образно и фантастично. Вместо узоров на обоях, на ковре, трещин на стене, лепнины на потолке, игры светотени в листьях деревьев воспринимаются люди в необычной одежде, сказочные герои, фантастические чудища, необыкновенные растения, грандиозные здания, красочные панорамы. Больным кажется, что "оживают" портреты, изображенные там лица начинают двигаться, подмигивать, высовываться из рамок, строить гримасы. Парейдолии возникают спонтанно, приковывают к себе внимание пациентов, сопровождаются живыми эмоциональными реакциями. Отмечаются во второй стадии делирия, при некоторых состояниях наркотического опьянения (мескалин, марихуана, ЛСД-25 и т.п.)

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

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

Галлюционирующий пациент одновременно с ложными образами может адекватно воспринимать реальность. Его внимание при этом

распределяется неравномерно, часто смещаясь в сторону обманов восприятия. Иногда оно бывает так поглощено последними, что действительность почти либо вовсе не замечается. В таких случаях говорят об отрешенности или галлюцинаторной загруженности.

Различают истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. Истинные галлюцинации: галлюцинаторные образы проецируются в окружающий мир, в реальное пространство в пределах досягаемости соответствующего органа чувств. Истинные галлюцинации разделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, общего чувства и комплексные (возникающие в нескольких анализаторах).

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

характерны видения мышей, кошек, пауков, а также демономанические видения (чертики, русалки и т.д.).

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

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

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

в) опасной для окружающих и самих больных разновидностью слуховых обманов являются императивные галлюцинации, содержащие приказы что-то делать или запреты на действия. Распоряжения голосов больные чаще относят на свой счет. Реже считают, что они относятся к окружающим. Так "голос" приказывает окружающим убить больного. "Голоса" могут требовать совершить поступки, прямо противоречащие сознательным направлениям - ударить кого-то, оскорбить, совершить кражу, осуществить попытку самоубийства или членовредительства, отказаться от приема пищи, лекарства или беседы с врачом, отвернуться от собеседника,

закрывать глаза, стиснуть зубы, неподвижно стоять, ходить без всякой цели, переставлять предметы, переезжать из одного места в другое.

Иногда приказания бывают "разумными". Под влиянием галлюцинаций некоторые больные обращаются за помощью к психиатрам, сами не сознавая при этом факта психического расстройства.

Бывают императивные галлюцинации магического содержания. Так "голоса" заставляют пациентку протягивать в квартире веревки, нити, класть вещи на указываемые места, не дотрагиваться до некоторых предметов. "Голоса" утверждают, что существует таинственная связь между упомянутыми действиями и благополучием близких людей. В ответ на отказ выполнять приказы "голоса" предрекают неизбежную смерть. В другом наблюдении "голоса" требовали мыть руки строго определенное число раз - семь или двенадцать. Больная считала, что в числе "семь" скрывается намек на ее семью - "семь - семья". Помыть руки семь раз означает спасти семью от несчастья. Число "двенадцать" содержало намек на двенадцать апостолов. Если она мыла руки указанное число раз, то "очищалась" этим от всех грехов. Больному с алкогольным психозом "голоса" заявили: "Слышишь, мы пилим бревно. Как только перепилим, ты погибнешь". Или голос приказывает: "Возьми зеркало и уничтожь ведьму,- она вселилась в зеркало". Бывает, что голоса принадлежат "ведьмам", "бесам", "чертям".

Галлюцинаторные приказания реализуются не всегда иногда пациенты не придают им значения, или считают нелепыми, бессмысленными. Другие находят силы удержаться или "назло голосам" делать обратное. Чаще все же императивные галлюцинации оказывают неодолимое влияние. Пациенты даже не пытаются противопоставить им себя, выполняя самые дикие распоряжения, в том числе общественно опасные деяния (ООД). По словам больных, они чувствуют в это время "паралич" своей воли, действуют подобно "автоматам, зомби, марионеткам".

г) слуховые галлюцинации с характером констатации - точной регистрации того, что воспринимают или делают сами пациенты: "Это

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

галлюцинации развиваются преимущественно при ясном сознании и обычно сопровождаются бредом.

Псевдогаллюцинации подобно истинным галлюцинациям, чувственно определены, конкретны, но, в отличие от них, не отождествляются с реальными предметами и явлениями. Больные в таких случаях говорят об особых, отличных от реальных "голосах", специальных видениях, психических образах. Однако это не свидетельствует о критическом отношении к неправдоподобности видений. Страдающие псевдогаллюцинациями не сомневаются в действительном существовании видений, голосов, но, в отличие от больных с истинными галлюцинациями утверждают, что их голоса и видения - результат насильственного воздействия извне, что они им "сделаны". Псевдогаллюцинации, как правило, не проецируются вовне, в мир реальных вещей и явлений, а ограничиваются сферой представлений (возникают "внутри головы"). При психозах псевдогаллюцинации встречаются гораздо чаще, чем истинные галлюцинации.

Метаморфопсия - нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства в целом. Предметы кажутся увеличенными - макропсия, уменьшенными - микропсия, перекрученными вокруг оси, удлинненными, скошенными - дисмегалопсия. Вместо одного видится несколько одинаковых предметов - полиопсия. Искажение схемы воспринимаемых предметов обычно сопровождается изменением восприятия структуры пространства. Оно сокращается, удлиняется, предметы отдаляются, приближаются, улица кажется бесконечно длинной (порропсия), здания видятся более высокими, низкими, короткими, чем они есть на самом деле.

Метаморфопсии возникают вследствие органического повреждения теменно-височных отделов головного мозга, часто наблюдаются при эпилептических припадках.

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

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

4.2 Патология памяти

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

Расстройства памяти проявляются нарушениями запоминания, хранения, забывания и воспроизведения различных сведений и личного опыта. Различают количественные нарушения, выражающиеся ослаблением, выпадением или усилением следов памяти, и качественные нарушения, при которых наблюдаются ложные воспоминания, смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Количественные нарушения памяти включают амнезию, гипермнезию и гипомнезию.

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

Фиксационная амнезия: утрата способности запоминать и воспроизводить новые сведения. Резко ослаблена или отсутствует память на текущие, недавние события при сохранении ее на приобретенные в прошлом знания. Ориентировка в обстановке, времени, окружающих лицах, в ситуации нарушена - амнестическая дезориентировка. Фиксационная амнезия является важнейшим признаком корсаковского синдрома, наблюдающегося при корсаковском психозе, черепномозговых травмах, атеросклеротических, других органических психозах, интоксикациях (например, окись углерода), атрофических процессах (старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера).

Прогрессирующая амнезия: постепенно нарастающее и далеко идущее опустошение памяти. Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся закону Рибо-Джексона; от частного - к более общему, от позднее приобретенного, менее прочно закрепленного и менее автоматизированного - к тому, что было приобретено раньше, прочнее

закреплено, более организованно и автоматизировано; от менее эмоционально насыщенного - к более эмоционально значимому. Дольше всех сохраняются следы двигательной и эмоциональной памяти - двигательные навыки (привычные движения и действия, походка, жесты), характер аффективных реакций на определенные ситуации. Различают несколько этапов развития прогрессирующей амнезии. На первом этапе наблюдается резкое снижение памяти на текущие события - фиксационная амнезия. Память на прошлое может быть удовлетворительной или даже несколько повышенной (иногда оживление памяти на прошлые события достигает степени гипермнезии). На втором этапе амнезии присоединяются пробелы памяти на события, предшествовавшие началу заболевания, а затем все более отдаленные - ретроградная амнезия. На третьем этапе сохраняются разрозненные и очень скудные воспоминания, относящиеся, в основном, к детским годам жизни. Путаются, события, факты, не узнаются родственники, теряются воспоминания о самых важных эпизодах жизни. Не узнаются свои фотографии. Собственное изображение в зеркале принимается за облик незнакомого человека - симптом зеркала. Нарушены все виды ориентировки. Воспоминания далекого прошлого могут переживаться как происходящее в данный момент - экмнезия.

Прогрессирующая амнезия наблюдается при атрофических процессах, прогрессивном параличе, прочих грубо органических поражениях.

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

Пробел памяти может быть стойким, стационарным, но во многих случаях воспоминания частично или полностью позднее возвращаются. В последнем варианте речь идет, очевидно, о нарушениях репродуктивной

функции памяти. Восстановление памяти, если оно происходит, начинается обычно появлением воспоминаний о более отдаленных событиях и совершается в направлении к все более свежим. Реже последовательность восстановления следов памяти может быть иной.

Антероградная амнезия - утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следующих за окончанием бессознательного состояния или другого явного расстройства психики. Амнезия может распространяться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев, возможно, лет. Соответствующее наблюдения может проиллюстрировать вышесказанное. Больной совершил попытку самоубийства и с этой целью выбросился из окна четвертого этажа. По выходе из комы в течение месяца находился в состоянии спутанного сознания. По окончании психоза правильно вел себя в отделении, сообщал о себе необходимые сведения, правильно ориентировался в месте, времени, окружающих лицах, читал и рассказывал о прочитанном, не вдаваясь, правда, в детали. Из событий текущей жизни лучше помнил то, что время от времени повторялось. Наблюдалась ретроградная амнезия на промежуток времени в пределах 4-5 часов, а также амнезия на период нарушенного сознания. Затем больной был переведен из психиатрической клиники в соматический стационар. По возвращении обратно выяснилось: он забыл, что находился ранее в психиатрической клинике, не узнавал обстановки, врача, персонал, больных, считал, будто оказался здесь впервые. В данном случае наблюдалась антероретроградная амнезия, т. е. сочетание двух видов амнезии.

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

Наступающее ослабление памяти более заметно в отношении механической памяти, чем словесно-логической. Нарушается, прежде всего, запоминание и воспроизведение справочного материала - дат, имен, цифр,

названий, терминов, лиц и т.п. Быстрее забываются также свежие и менее закрепленные впечатления.

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

Гипермнезия - патологическое обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием воспоминаний, которые носят яркий чувственно-образный характер, как всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях опьянения, особенно наркотического, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна.

Гипермнезия встречается при депрессии - отчетливо вспоминаются самые незначительные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения.

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

Конфабуляции - патологические вымыслы, принимаемые больными за воспоминания о реальных событиях прошлого. Замещающие конфабуляции возникают на фоне грубых амнестических выпадений памяти. Пробелы воспоминаний заполняются рассказами о различных событиях, происходивших якобы, в то время. Характерны изменчивые вымыслы обыденного, правдоподобного содержания, как спонтанные, так и

провоцируемые расспросами. Наблюдаются при корсаковском психозе, старческих и сосудистых психозах, при органических поражениях ЦНС. Фантастические конфабуляции представляют собой вымыслы о необыкновенных событиях, увлекательных приключениях, сенсационных происшествиях, героических подвигах, великих открытиях и изобретениях, встречах с выдающимися людьми, о занимаемых больными ранее высоких постах и т. д. Содержание фантастических конфабуляций изменчиво, при повторных рассказах сообщаются новые, столь же невероятные подробности. Вымыслы относятся к определенному периоду прошлой жизни, однако, содержание конфабуляций может не считаться с понятием о времени. Подобные расстройства типичны для шизофрении с парафренным синдромом, маниакально-депрессивного психоза. При интоксикационных, травматических психозах, старческом слабоумии фантастические конфабуляции сопровождаются обратимыми выпадениями памяти либо наблюдается нерезкое ее снижение.

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

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

Криптомнезии встречаются при шизофрении, экзогенно-органических и сенильных психозах.

4.3 Патология мышления

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

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

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

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

При патологических состояниях ассоциативный процесс (течение представлений) может нарушаться или исчезают связи между отдельными мыслями, что свидетельствует о нарушении мышления по форме. У других больных нарушается процесс формирования умозаключений, страдает логика, в связи, с чем констатируется нарушение мышления по содержанию.

Нарушение мышления по форме

Ускорение мышления характеризуется повышением его темпа. В силу отвлекаемости и расстройств внимания мысли часто не закончены, суждения поверхностны, отмечается склонность к рифмованию. Крайняя степень ускорения ассоциативной деятельности носит название скачки идей - *Fuga idearum*. Такое состояние проявляется речевым возбуждением, при крайней выраженности которого речь превращается в "словесную окрошку". Появляется сходство с бессвязностью речи, хотя по существу эти феномены

принципиально различаются между собой. При скачке идей связь между мыслями не теряется, но увлекаемый вихрем ассоциаций больной оказывается в состоянии воплотить в речевую продукцию лишь часть из них. Речь не успевает за мыслью. При таком обилии ассоциаций, начав фразу, больной не оканчивает ее, переходит к другой, произносит несколько слов, затем, пропуская слова и целые предложения, спешит высказать следующую мысль и т.д. Сопутствующие состоянию повышенный интерес к окружающему, чрезвычайная неустойчивость внимания создают условия для большого количества впечатлений, являющихся толчком к деятельности мысли.

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

Ускорение мышления наблюдается при маниакальном состоянии в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофрении, экзогенных психозов.

Замедление мышления - заторможенность, падение темпа мышления. Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудностью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают вопросов, инертны. Субъективно переживается "чувство отупения, торможения, неясности в голове, ощущения преграды, пустоты, обеднения мысли". Падает мыслительная инициатива, страдает воображение,

планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. Замедление мышления наблюдается при глубоких депрессиях, состояниях оглушения и т.д.

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

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

А я вся мокрая: то ли они отливали меня, то ли обмочилась... С тех пор и болею приступами."

Патологическая обстоятельность мышления характерна для органического поражения ЦНС.

Резонерство - пустые бесплодные рассуждения, лишённые познавательного смысла. Основными признаками резонерства являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они - инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода, правильность которого может и должна быть доказана. В связи с этим рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному выводу словесных построений. Высказывания нередко многословны, высокопарны, витиеваты, многозначительны. В качестве примера приводится выдержка беседы с больным. На вопрос "Считаете ли Вы себя больным?" пациент отвечает: "Это зависит от того, как понимать состояние болезни. Ведь болезнь - это форма существования, а существовать - значит жить, т. е. болезнь - это та же жизнь, одно из ее проявлений. Можно жить не болея, но болеть, не живя нельзя. Чем больше в жизни страданий, тем острее ощущение жизни. Я никаких страданий не испытываю. Следовательно, я не только не болен, но я почти не живу. Моя так называемая жизнь сводится лишь к физиологическим отправлениям организма, которые не нарушены".

К резонерству относится подчеркнутое стремление ряда больных к псевдонаучным настроениям, склонность к пустому, выхолощенному теоретизированию, расплывчатым рассуждениям на отвлеченные темы, бесплодным размышлениям о сложных, неразрешимых проблемах. Заимствованные и большей частью плохо понятые общие представления нередко привлекаются к объяснению сугубо конкретных явлений либо к их

обозначению. Речь богата научными терминами из различных областей знания - философии, социологии, техники, психологии и т. д. Так, вместо изложения конкретных жалоб на здоровье больной описывает свое состояние с помощью технических терминов и аналогий.

Резонерство считается типично шизофреническим нарушением мышления.

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

Разорванность мышления может проявляться монологом, когда больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно. При этом не обращает внимания на реакцию собеседника, на то, понимает ли он сказанное, слушает ли вообще. В подобных случаях речь утрачивает свои коммуникационные свойства, перестает быть средством общения между людьми, сохраняя лишь внешнюю форму. Разорванность мышления типична для шизофрении.

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

Наличие бессвязности мышления свидетельствует о большой глубине психических расстройств. Наблюдается при состояниях распада сознания

типа аменции, а также спутанности сознания в острых психотических состояниях.

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

У депрессивных больных могут возникать беспрерывно наплывающие мысли, яркие образы, созвучные подавленному тону настроения: мысли о смерти, гибели близких, несчастиях, сценах самоубийства, собственных похорон.

Ментизм наблюдается при шизофрении в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома, при астенических состояниях у больных с последствиями травматического поражения головного мозга.

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

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

Нарушение мышления по содержанию

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

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

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

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

тяжелый предмет и т. п. Навязчивые влечения, как правило, не выполняются, чем они отличаются от импульсивных действий.

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

Навязчивости часто наблюдаются при неврозах, психопатиях тормозного круга, но могут быть и при эндогенных психозах.

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

Содержание сверхценных идей не бывает странным, нелепым, оно верно отражает реальные факты. Например, больной что-то изобрел, написал, создал, в этом, несомненно, есть нечто полезное, ценное. Но, затем он начинает считать себя талантливым писателем, ученым, изобретателем, высказывает убеждение в своем высоком призвании, в то время как объективно его вклад является не более чем скромным. Сверхценные идеи отличаются стойкостью, обнаруживают тенденцию застревать в сознании, им свойственна эмоциональная насыщенность. Они плохо поддаются разубеждению, оказывают значительное влияние на поведение и оценку происходящего, так или иначе связанного с содержанием сверхценных идей.

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

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

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

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

Сверхценные идеи наблюдаются при расстройствах зрелой личности, а также в случае психопатоподобных состояний в рамках различных, в том числе эндогенных заболеваний.

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

В определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие моменты: ложное содержание идей, болезненная основа их

возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции.

Ложность содержания бредовых идей, несоответствие ее реальности отличает их от сверхценных идей. Отклонение от действительности может быть очевидным, если утверждения больных абсурдны, находятся в глубоком противоречии с фактами. Последнее свидетельствует о глубоком поражении интеллектуальной деятельности, значительном снижении критики и связано с особой остротой и большой давностью заболевания, либо с умственной отсталостью. В иных случаях наблюдаются более или менее правдоподобные бредовые идеи, примером чему является бред обыденных отношений.

Уверенность больных в правильности бредовых утверждений, отличающая их от навязчивых идей, носит явно патологический характер. Не имея доказательств своей правоты и отчасти понимая это, больные тем не менее не отказываются от своих убеждений, так как "интуитивно, нутром, по наитию" чувствуют, что истина находится на их стороне. Заблуждаются не они, а те, кто думает иначе. Накапливая доказательства в пользу бреда, больные стремятся убедить на себя, они в этом не нуждаются, - а окружающих, которые не разделяют их мнения.

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

Бредовые идеи многообразны. Существуют различные подходы к их классификации. Один из них основан на учете содержания бредовых идей. Изучение фабулы бреда имеет определенное практическое значение. Это может облегчить, во-первых, его выявление. Дело в том, что не все больные и не всегда сообщают об имеющихся у них бредовых утверждениях. О последних приходится нередко догадываться по отдельным замечаниям, намекам, излишне подробным описаниям некоторых ситуаций и особому значению, придаваемому малозначительным деталям, отрывочным записям или некоторым поступкам больных, что особенно часто бывает, когда они скрывают свои бредовые идеи. Во-вторых, анализ содержания бреда может

иметь определенное диагностическое значение. Бредовые идеи ревности указывают на возможность злоупотребления алкоголем. Бредовые идеи с характером преследования чаще встречаются при шизофрении.

С учетом содержания можно выделить три группы бредовых идей: персекуторные, экспансивные и депрессивные бредовые идеи.

Содержанием персекуторных бредовых идей является уверенность больных в исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения. К персекуторным бредовым идеям относятся следующие.

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

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

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

Бред отравления: убеждение больных в том, что их пытаются отравить или отравили определенным или неизвестным ядом. Довольно часто

сочетается с вкусовыми и обонятельными галлюцинациями. По бредовым мотивам больные люди могут отказываться от пищи и питья

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Смешанные формы бреда отличаются сочетанием в фабуле персекуторных идей с бредом экспансивным или депрессивным.

Бред протекции: больной уверен, что с целью подготовки его к исполнению особой или великой миссии, определенного предназначения над ним экспериментируют, пытаются, изолируют от общества и т.д.

Бред инсценировки: больной считает, что все вокруг него специально подстроено, разыгрывается по какому-то особому сценарию, в котором каждый из окружающих играет определенную роль, скрывая свои истинные намерения (благожелательные или недобрые).

Бред кверулянтства (сутяжничества): болезненное присвоение миссии борьбы с преувеличенными несуществующими или мнимыми недостатками

или же за свои или чужие якобы поправленные права и достоинство. Средствами здесь выступают жалобы, заявления, тяжбы и т.п.

Бред интерметаморфозы (метаболический): убежденность в полном изменении окружающей обстановки, ее несоответствии реальности, превращении предметов, перевоплощении людей и т.д.

Бред особого значения: распознавание в окружающей среде, предметах, явлениях, поведении людей особых, понятных только больному знаков, тайного смысла, указаний и т.п.

4.4 Патология эмоциональной сферы

Эмоции - это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действительности и к самому себе. Они представляют собой интегративное выражение тонуса нервно-психических процессов, находящее отражение в изменении параметров нервно-психической деятельности и соматических проявлений.

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

Эйфория - повышенное настроение с беспечным удовольствием, пассивной радостью в сочетании с замедлением мышления и снижением двигательной активности. Характерно для некоторых форм наркоманического опьянения, онейроидного синдрома и др.

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

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

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

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

Страх - разлитое, генерализованное, проецирующееся на все в окружающем, либо связанное с определенными ситуациями, объектами, лицами переживание опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями: “внутри похолодело, оборвалось “, “шевелиются волосы” и т.д., обычно локализованными в груди и острыми вегетативными расстройствами (побледнение кожи, колебания АД, потливость и др.). В психиатрической литературе описано более 500 видов различных страхов: клаустрофобия- боязнь закрытого помещения, агарофобия - боязнь открытых пространств, оксифобия - страх перед острыми предметами и т.п. Страхи встречаются в структуре многих психических заболеваний, начиная от

невротических состояний и до эндогенных психозов и органических поражений ЦНС.

4.5 Патология воли

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

Важнейшее значение в формировании волевого акта имеет мотивационная сфера человека. Она представляет совокупность желаний, побуждений, приобретающих характер мотивов действий, поступков и форм деятельности. Особенности данной сферы обуславливают направленность личности. Именно в них последняя проявляет свою сущность.

В самом начале волевого акта, как правило, имеет место одновременное возникновение нескольких мотивов деятельности, вступающих в конкуренцию между собой. Это приводит к следующему этапу волевого акта - "борьбе мотивов". Об окончании его свидетельствует выбор одного из мотивов - принимается решение, определяется цель последующей деятельности. Постановка цели приводит к необходимости планирования конкретных действий, которые и составляют волевое усилие. Их осуществление приводит к реализации задания, цели и удовлетворению возникшей в начале волевого акта потребности. При конкуренции сильных мотивов, наличии нескольких возможных исходов (альтернатив) будущего решения может возникнуть психологическое состояние беспокойства, напряженности, душевного дискомфорта, что сопровождается переживанием внутреннего конфликта. Вслед за принятием решения, даже при отрицательном для личности содержании, наступает облегчение.

На любом этапе волевого акта может возникнуть патология волевой сферы.

Гипобулия (понижение волевой активности) - бедность побуждений, вялость, бездеятельность, скудная, лишенная выразительности речь, ослабление внимания, обеднение мышления, снижение двигательной активности, ограничение общения вследствие снижения интересов. Может наблюдаться при невротических расстройствах, при депрессиях, многих изнуряющих соматических заболеваниях.

Абулия - отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, аспонтанность, адинамия. Больные бросают работу, суживается круг общения. Такое состояние встречается при шизофрении, считается ядерным симптомом данной болезни.

Гипербулия - повышение волевой активности, усиление побуждений, повышенная деятельность, порывистость, инициативность, говорливость, подвижность. Наблюдается при маниакальных состояниях.

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

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

дипсоманию - непреодолимое стремление к пьянству; проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями. Запой начинается внезапно, с резкого изменения настроения, купируется самопроизвольно, сопровождаясь обширными провалами в памяти.

дромоманию - периодически возникающее стремление к поездкам, к бродяжничеству. Встречается при шизофрении, эпилепсии, часто при

нарушениях развития личности. В динамике указанного синдрома существует определенная этапность. Первый, реактивный этап выражается ситуационно обусловленными и психологически понятными уходами. Второй этап характеризуется привычными, фиксированными уходами; появление таких уходов объясняют также патологически повышенными влечениями. На третьем этапе ухода и бродяжничество становятся непреодолимыми, импульсивными.

клептоманию - периодически и внезапно возникающая страсть к бесцельным кражам. Украденные вещи, обычно не имеющие большой ценности, затем выбрасываются, либо возвращаются владельцу. Кражи совершаются открыто, без принятия типичных для банального воровства мер предосторожности, так что обнаруживаются почти сразу же, как и лица, их совершившие.

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

копролалию - непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства. Встречается при синдроме Жиль де ля Туретта.

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

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

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

булимия - резкое усиление пищевого инстинкта, неумеренный аппетит, зачастую сочетается с неразборчивостью в еде. Встречается при некоторых видах слабоумия и наркоманического опьянения, при некоторых невротических нарушениях.

копрофагия - патологическое влечение к поеданию несъедобных вещей, в том числе и экскрементов.

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

суицидомания - влечение к самоубийству.

Перверзии - различные формы извращения полового влечения, так называемые сексуальные девиации. Основными разновидностями являются:

- * фетишизм - объектом полового влечения является часть тела, одежда или какой-нибудь иной предмет, символизирующий сексуального партнера;

- * пигмалионизм - разновидность фетишизма, при которой роль фетиша играют изображения человеческого тела (картины, статуи, статуэтки, фотографии);

- * нарциссизм - объектом полового влечения является собственное тело;

- * педофилия - половое влечение к детям;

- * эфебофилия - половое влечение к мальчикам подросткам, юношам;

- * нимфофилия - половое влечение к девочкам-подросткам, юным девушкам;

* геронтофилия - половое влечение к лицам пожилого возраста, старикам;

* зоофилия (скотоложество) - половое влечение к животным;

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

* садизм - половое удовлетворение, получаемое путем причинения страданий или унижений половому партнеру;

* мазохизм - получение сексуального удовлетворения при унижениях и физических страданиях, причиняемых половым партнером;

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

4.6 Синдромы нарушенного сознания

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

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

1) отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, затруднение фиксации или полной невозможности восприятия;

2) более или менее выраженная дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах, ситуации;

3) нарушение процесса мышления в виде бессвязности с ослаблением или полной невозможностью суждений;

4) затруднение запоминания происходящих событий и субъективных болезненных явлений (воспоминания о периоде помрачения сознания очень отрывочно или совсем отсутствует).

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

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

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

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

Больной полностью отрешен от окружающего, наблюдается изменения самосознания (перевоплощение), а также диссоциация между последовательно развивающимися, как в сновидении, фантастическими событиями и внешней неподвижностью или бессмысленным возбуждением. Воспоминания о субъективных явлениях во время онейроидного помрачения сознания сохраняются с гораздо большими подробностями и последовательностью, чем при делирии.

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

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

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

Контрольные вопросы:

1. Что такое симптом и что такое синдром? Какое значение они имеют для клинической картины болезни?

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

5. Эндогенные психозы и их судебно-психиатрическая оценка

Психические расстройства эндогенного характера в судебно-психиатрической практике занимают большое место. Однако в изданных учебниках разных авторов данным расстройствам уделяется недостаточно внимания. Описания шизофрении и маниакально-депрессивного психоза обычно весьма кратки, за неимением места указывают лишь основные признаки, опуская многие второстепенные детали. И поэтому у ряда читателей, особенно не имеющего медицинского образования, складывается несколько упрощенное представление об этих заболеваниях, идет явная недооценка серьезности психических нарушений и их социальной значимости.

Для работников правоохранительных структур важно обладать гораздо более полным знанием об эндогенных психических расстройствах, так как они достаточно широко распространены в популяции и, соответственно довольно часто попадают в сферу судебно-следственных интересов.

5. 1. Шизофрения

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

Наряду с этим у больных шизофренией отличается разнообразная симптоматика, не являющаяся абсолютно специфической для этой болезни – бред, галлюцинации, кататонические расстройства, депрессия или мания, неврозоподобные и психопатоподобные проявления.

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

Характерны для этой болезни утрата единства психических процессов, рассогласования и дисгармоничность мышления, эмоции, моторики (своеобразное «расщепление» — термин, от которого и произошло название: «шизо» по — гречески «расщепляю», «френ» — «разум»). Память и интеллект приобретенные до начала заболевания часто остаются без существенных изменений. Тем не менее, не смотря на их сохранность, в силу специфических изменений психических функций, при шизофрении очень часто происходит нарушение трудоспособности и социальной адаптации. Расстройства, свойственные шизофрении, поражают фундаментальные функции, которые придают здоровым людям чувство индивидуальности и неповторимости, а их деятельности — целенаправленность.

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

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

Средний возраст начала заболевания составляет для мужчин -15-25 лет, для женщин -25-35 лет. После 35 лет заболевают 17% женщин и 2% мужчин, В этом, возможно, находит отражение не истинная разница в возникновении заболевания, а влияние социокультурных факторов. Шизофрения крайне редко начинается в возрасте ранее 10 лет и позже 50 лет.

Этиология шизофрении. Этиология шизофрении точно не известна. Имеется семейная предрасположенность к болезни. Если больны оба родителя, то риск заболевания ребенка составляет 40-50%; если болен один

из них-5%; при наличии больного сиблинга – 10 %, если болен сиблинг и один родитель – 17%.

У родственников больных шизофренией первой степени родства это заболевание выявляется значительно чаще, чем у родственников третьей степени родства (двоюродных братьев и сестер), у которых вероятность шизофрении почти такая же, как и у населения в целом. В 70-80-е годы в Дании было проведено исследование распространенности шизофрении у приемных детей (больных и здоровых) и их родственников. Частота шизофрении среди родственников первой степени родства больных детей, живущих с приемными родителями, была выше, чем среди родственников здоровых детей. Среди детей здоровых биологических родителей частота заболевания не была повышенной, даже в том случае, если шизофренией страдал один из приемных родителей.

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

В отсутствие установленного этиологического фактора наиболее убедительным образом концептуализирует этиологию шизофрении так называемая модель стресс-диатеза, согласно которой для возникновения заболевания необходимо наличие и специфической уязвимости индивидуума (диатеза), и действие стрессора окружающей среды. Стрессор может иметь биологическую природу (например, вирус), или психосоциальную (неблагоприятная семейная обстановка).

Основные симптомы шизофрении. Эти симптомы встречаются при всех формах шизофрении, но степень их выраженности различна. Данные симптомы являются ядерными, они составляют «ядро» заболевания, остальные симптомы наслаиваются на него и придают своеобразие той или иной форме заболевания.

Ядерных симптомов немного: апатия, абулия, аутизм, амбивалентность.

Апатия (эмоциональное снижение) - проявляется в разной степени. Начинается с нарастающей холодности больных к близким и значимым для них людям, безучастности к событиям, которые непосредственно задевают больного, утраты прежних интересов и увлечений. Проявления эмоций ослабляются и упрощаются. Голос становится монотонным, лишенным эмоциональных модуляций. На одной ноте говорят и о вещах безразличных, и о том, что, казалось бы, должно волновать. Лицо делается гипомимичным, утрачивается тонкая выразительность мимики, ее заменяют грубые утрированные гримасы. Появляются нелепое и неуместное хихиканье и смешки. В крайних случаях эти нарушения становятся настолько выраженными, что их называют «эмоциональной тупостью». Но в начале заболевания они могут быть стертыми, проявляться, например, лишь избирательной немотивированной неприязнью больного к тем, кто его любит и о нем заботится (часто к матери), неряшливостью и нечистоплотностью в одежде и в быту. Но даже это может быть внешне незаметным, и лишь сам больной жалуется на то, что потерял способность радоваться и горевать, волноваться или испытывать интерес, как раньше.

Амбивалентность (двойственность): чаще всего наблюдается в эмоциональной сфере: больной сообщает, что он испытывает к кому-либо одновременно любовь и ненависть или интерес и отвращение к чему-либо сразу. В более выраженных случаях это сказывается на поведении: больной ласкает и щиплет, целует и кусает одновременно.

Абулия (дословно «безволие») проявляется падением активности, бездеятельностью, потерей интереса ко всему. В тяжелых случаях больные даже элементарно не обслуживают себя, не моются, испражняются где попало, мочатся под себя, целые дни валяются в постели или сидят в одной позе. Начинается же с того, что они забрасывают занятия и работу, запускают все домашние дела, ни за что не могут приняться, никак не могут собраться что-нибудь делать. Все это связывают с отсутствием побуждений к действиям и называют «падением энергетического потенциала».

Аутизм — утрата контактов с окружающими, уход во внутренний мир, отгороженность, замкнутость — не всегда включается в число основных симптомов, так как может быть и при шизоидной психопатии. Важно появление этого признака, когда ранее он отсутствовал. Теряют связи с прежними приятелями и знакомыми, а новых друзей не заводят.

При шизофренических психозах часто наблюдаются нарушения мышления по форме (резонерство, разорванность, ментизм и т.п.).

Формальные нарушения мышления получили такое название потому, что они касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса, прежде всего логической связи между мыслями, а в тяжелых случаях даже внутри одной фразы. Когда это достигает крайности, речь больного становится совершенно разорванной, состоящей из сумбурного набора обрывков фраз («словесный салат»). Обычно нарушения выражены гораздо менее резко: в виде «соскальзываний» (нелогичного перехода от одной мысли к другой, чего сам больной не замечает), «неологизмов» (придумывание новых вычурных слов, например «тягофон» вместо «телефон») и склонности к пустому резонерству, бесплодным рассуждениям (например, «собака виляет хвостом, когда радуется, а кошка когда сердится — если бы у человека был хвост, то когда бы он им вертел?») или витиеватых выражений, ранее больному не свойственных («пир вокала» — об эстрадном концерте певца).

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

Типы течения шизофрении

В МКБ-10 выделяются следующие типы течения шизофрении:

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

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

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

3. Эпизодический ремиттирующий (рекуррентный).

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

Формы шизофрении

Параноидная шизофрения

Это наиболее часто встречающаяся форма, особенно если заболевание начинается после 20 лет. Характерен бред воздействия, преследования и отношения. Реже встречаются другие виды бреда — заражения, отравления, метаморфозы, ревности, величия и т. д. Бред воздействия проявляется тем,

что больной утверждает, что на него кто-то или что-то действует необычным способом, руководя его мыслями, чувствами, поведением или подвергая опасности его здоровье. Эти воздействия не воспринимаются обычными органами чувств: невидимые лучи, неосязаемые токи и волны, радиоактивность, ультразвук (бред физического воздействия) или гипноз, колдовство, парапсихологические внушения, влияние умерших лиц и т. д. (бред психического воздействия). Оценивая подобные идеи как бредовые, всегда необходимо проверить, не распространены ли подобные суждения в той субкультуре, к которой принадлежит больной, в его непосредственном окружении. Например, не увлекаются ли там рассказами о колдовстве, о магических действиях, о влиянии инопланетян или занятиями спиритизмом, парапсихологией и т. д. Бред преследования отличается неопределенностью и заумностью (какие-то никому не известные таинственные организации, террористические группы замышляют расправиться с больным). Отдельных конкретных преследователей обычно называют редко и неопределенно или указывают на совершенно случайных лиц. Бред отношения часто проявляется в людных местах (в вагонах поездов, на сборищах и т.д.) или в привычных компаниях. Кажется, что все на больного смотрят, о нем перешептываются, над ним подсмеиваются, на что-то намекают.

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

Галлюцинации чаще всего бывают слуховыми вербальными. Особенно характерны голоса, отдающие приказы больному (императивные галлюцинации), которые могут сделать больного опасным для себя (слышится приказ покончить с собой или нанести самому себе тяжкое повреждение) и для окружающих (голос может велеть больному кого-либо убить, совершить разрушительное действие). Нередко голоса комментируют поведение больного. Слышатся также оклики по имени. Обонятельные

галлюцинации бывают гораздо реже (обычно больного преследуют отвратительные запахи — трупа, газа, крови, спермы и т. д.), они могут быть причиной отказа от пищи и считаются признаком злокачественного течения болезни. Зрительные галлюцинации нехарактерны, скорее встречаются обусловленные бредом иллюзии («видят» мелькнувшее в чьих-то руках оружие, принимая за него какой-либо предмет при бреде преследования).

Синдром Кандинского-Клерамбо включает в себя:

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

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

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

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

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

Клинический пример параноидной формы шизофрении:

«Обследуемый А., 36 лет, обвиняется в попытке убить свою жену и физическом сопротивлении работникам милиции при задержании. Среди родственников А. психически больных нет. Рос и развивался правильно. В

школе начал учиться с 7 лет, учился плохо, «из-за лени и озорства» остался на второй год в 5-м классе, после чего оставил школу. Работал коногоном и грузчиком на заводе. По характеру был веселым, общительным. Алкоголем не злоупотреблял. Во время войны служил в армии. После демобилизации вновь поступил работать на завод, женился. Первые 2 года семейной жизни был доволен, но затем стал замечать, что жена «странно ведет себя». По его словам, «жена принимала у себя в доме каких-то незнакомых мужчин, имела с ними какие-то непонятные дела». Следил за женой. Обнаружил в доме «какую-то электропроводку», пришел к убеждению, что жена «участвует в шпионской деятельности».

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

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

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

Обследуемый неточно ориентирован во времени, не понимает цели направления на экспертизу. При беседе с врачом некстати улыбается, иногда многозначительно поглядывает на собеседника, подмигивает. Формальные сведения о себе сообщает правильно, но на часть вопросов отвечает уклончиво. На вопросы о правонарушении сказал, что «так нужно было». Постепенно рассказал об этом более подробно.

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

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

Гебефреническая шизофрения

Гебефреническая шизофрения начинается в подростковом или юношеском возрасте (Геба в древнегреческой мифологии — богиня юности). В США ее называют дезорганизованной шизофренией. Больные ведут себя как плохие актеры, играющие расшумевшегося ребенка. Нелепая дурашливость, грубое кривлянье, утрированные гримасы, нелепый хохот делают поведение карикатурно детским. Веселье больных не заражает, а пугает и тяготит других («холодная эйфория»). Говорят неестественным голосом — патетическим тоном или сюсюкают, при этом часто изощренно

нецензурно бранятся, коверкают слова. В речи слышится примитивное рифмирование. Временами вспыхивает двигательное возбуждение: бегают, кувыркаются, валяются по полу, немотивированно бьют других, часто жестоко, и тут же лезут целоваться. Склонны беззастенчиво обнажаться при посторонних, на глазах у всех онанируют, стремятся схватить других за половые органы. Бывают нечистоплотны и неопрятны. Могут нарочно мочиться и испражняться в постели или в одежде. Прожорливость чередуется с разбрасыванием пищи.

Бредовые высказывания бывают отрывочными, а галлюцинации — эпизодическими. Заболевание отличается злокачественным течением. В течение 1—2 лет, а иногда и нескольких месяцев развивается шизофренический дефект с резко выраженными основными симптомами.

Кататоническая шизофрения

Кататоническая шизофрения (от древнегреч. *kata* — вдоль, *tonos* — напряжение) в прошлом была часто встречающейся формой, особенно в молодом возрасте. Но с 50-х годов в развитых странах стала отмечаться очень редко. Выраженные случаи проявлялись чередованием кататонического возбуждения и обездвиженности (ступора) с полным молчанием (мутизмом).

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

противоположное тому, что им говорят (негативизм). Часто срывают с себя одежду. Могут наносить себе серьезные повреждения.

Кататонический ступор — обездвиженность с полным молчанием (мутизм) может сочетаться либо с крайним напряжением всех мышц или с повышенным пластическим тонусом — восковой гибкостью: руки, ноги, голова застывают надолго в той позе, которую они приняли или им кто-нибудь придал, порой в самой неудобной и неестественной. Тонус может быть также низким (вялый ступор), или больные, лежа в одной позе (часто в позе «эмбриона»), оказывают резкое сопротивление любым пассивным движениям (негативистический ступор). В состоянии ступора больные не едят, могут сопротивляться кормлению, и питание осуществляется через зонд. Мочатся и испражняются под себя. Сознание во время ступора может полностью сохраняться, и в последующем, когда ступор проходит, больные подробно рассказывают обо всем происходившем вокруг. Проиллюстрировать вышесказанное может следующий клинический пример:

«Больная В., 18 лет. Работает в почтовом отделении. В анамнезе имеется указание на психические «странности» у тетки по линии матери. Двоюродный брат отца в молодом возрасте неоднократно находился в психиатрической больнице. До 15 лет больная отличалась живым, любознательным характером, с большим вниманием относилась к родителям, особенно была привязана к младшей сестренке. Охотно общалась со сверстниками, оставаясь сдержанной и теплой со всеми. Со слов родителей, заболевание началось с того, что девочка стала вялой, утратила инициативу, интерес к занятиям и общению с подругами, охладела к их просьбам. Постепенно совсем отгородилась от родителей, стала с ними груба, порой отказывалась от еды. Через 3 месяца болезненное состояние прошло без всякого вмешательства со стороны врачей. Спустя 3 года неожиданно стала обездвижена, подолгу сидела в одной позе, иногда с пищей во рту застывала на несколько минут, на вопросы почти не отвечала или шептала что-то

невнятное. Была помещена в психиатрическое отделение городской больницы, где состояние обездвиженности нарастало».

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

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

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

Согласно данным истории болезни, первые признаки начинающегося заболевания относятся к пубертатному возрасту. Это состояние правомерно оценить как временную утрату инициативы с вялостью, отгороженностью. Как нередко бывает, через несколько месяцев наступает спонтанная ремиссия. Если доверять сведениям родителей, то девочка осталась здоровой на протяжении 3 лет. Хотя со слов матери, она перестала быть прежней по своей теплоте и активности. Манифестация шизофренического процесса

началась неожиданно и остро с синдрома двигательных расстройств. То состояние, которое описано, следует обозначить как кататонический синдром. Его содержанием являются мутизм с общим мышечным оцепенением, с симптомами восковой гибкости. Трудно сказать, имеются ли наряду с кататоническими симптомами расстройства восприятия и бред; во всяком случае явные объективные симптомы их наличия отсутствуют. Дальнейшее течение заболевания может быть разным. Кататонический ступор может смениться возбуждением или другими симптомами, в частности гебефреническим, как зачастую случается при юношеской неблагоприятно текущей шизофрении. Не исключена возможность, что из состояния кататонического ступора больная выйдет и в процессе лечения наступит ремиссия, но более вероятно, что кататонические расстройства будут нарастать и психопатологический синдром усложнится, если иметь в виду, что первые симптомы заболевания относятся к 15-летнему возрасту и, по-видимому, уже тогда бредовые включения имели место.

Онейроидная кататония: обездвиженность сочетается со сновидными переживаниями, о которых больные рассказывают лишь впоследствии, но при этом выясняется, что лишь отдельные события доходили до больного, а обстановка вокруг воспринималась в соответствии с грезоподобными фантазиями (другие больные принимались за инопланетян, сама больница — за какой-то лагерь и т.д.). Содержание онейроидных переживаний нередко черпается из фантастических романов, детективных фильмов или из бытующих рассказов об ужасных происшествиях. На лице выражения страха и экстаза сменяют друг друга.

Длительность кататонического возбуждения — от нескольких часов до многих дней, если его не прерывают нейролептиками. Возбуждение часто предшествует ступору, который длится от нескольких часов до нескольких месяцев. Выдающемуся русскому физиологу И. П. Павлову был продемонстрирован больной, у которого ступор длился непрерывно более 20 лет!

Простая форма шизофрении

Простая форма проявляется только постепенно нарастающими основными симптомами шизофрении, совокупность которых обозначают как апато-абулический синдром. Болезнь подкрадывается исподволь: родные долго не видят изменений, а когда замечают, то сравнивают, каким был больной год-два назад и каким стал теперь. Исчезает интерес ко всему, что раньше интересовало: к любимым развлечениям, хобби, компаниям друзей. В свободное время больные ничем не заняты: сидят дома, слоняются без дела, бесцельно где-то бродят. Еще продолжают ходить на учебу или на работу, но делают это как бы автоматически, продуктивность быстро падает, усвоить что-то новое оказываются неспособными. Становятся все более замкнутыми, молчаливыми. Волнующие события перестают вызывать эмоциональную реакцию. Несчастья не трогают, а радостные события не находят отклика. К родным относятся безразлично и даже враждебно, особенно к тем, кто о них больше всех заботится. Лицо делается маловыразительным, лишь иногда искажается грубыми гримасами. Голос становится монотонным («деревянный голос»). Неуместным смехом могут отвечать на то, что раньше заставило бы содрогнуться. Растормаживаются примитивные влечения (прожорливость, беззастенчивый онанизм). За одеждой не следят, не моются, не хотят менять белье, спят не раздеваясь. Возможна неожиданная беспричинная агрессия по отношению к окружающим.

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

Клинические примеры.

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

Н. в детстве развивалась правильно, в 8 лет поступила в школу. В 1-м и 2-м классах училась хорошо, по характеру была живой, подвижной, энергичной. В 4-м классе успеваемость значительно снизилась, заниматься не хотела, все стало неинтересным, противным. Начала драться со своими сверстниками, могла неожиданно схватить камень и бросить в ученицу, не обнаруживая затем сожаления. За недисциплинированность была исключена из школы. Поступила в швейное ателье, где в течение нескольких месяцев была ученицей. Постоянно нарушала дисциплину, однажды бросила горячий утюг на пол — «хотела посмотреть, будет ли гореть пол». Дразнила работников ателье, не реагировала на их замечания. Окружающие считали ее «чудной» или «хулиганкой».

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

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

В день правонарушения отец поздно возвратился домой и лег спать. У Н. внезапно появилось желание убить отца: она схватила топор и ударила отца по голове. «Жалости не было, как будто так и надо». Начала переключивать его руки, вытерла текущую по его лицу кровь. Внезапно показалось, что на лице отца появилась улыбка, подумала, что «голова что-то

думает» и, может быть, смеется над ней. Схватила нож и отрезала голову, так как «хотела, чтобы голова ни о чем не думала». Голову завернула в платок и начала ходить с ней по комнате, затем устала, села в кресло и уснула. Проснувшись утром, увидела у себя на коленях голову отца, подошла к постели, на которой вечером спал отец, «приложила голову к туловищу» и пошла в отделение милиции, где рассказала о случившемся.

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

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

В отделении большую часть времени была вялая, бездеятельная, отказывалась от участия в трудотерапии, не следила за своей внешностью, много времени проводила в постели. В ответ на замечания иногда становилась грубой, циничной, агрессивной. Раскаяния по поводу совершенного не обнаруживала, объяснения своему поступку дать не могла.

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

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

Родился и развивался правильно. Рос единственным ребенком. Рано проявил незаурядные способности к музыке, рисованию, скульптуре. В возрасте 12 лет легко исполнял некоторые классические фортепианные

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

При выяснении обстоятельств, приведших к исключению, удалось выяснить, что после удовлетворительного окончания осенней сессии стал проявлять «пренебрежительное, безразличное отношение к занятиям, на которые или не являлся, или приходил к их концу. На семинарских занятиях сидел «отсутствующим». Обращал на себя внимание неряшливый, запущенный его вид. В беседе с товарищами отвлекался на «непонятные абстракции, на мистически-религиозные темы». Изучал Евангелие и Библию. Незадолго до поступления в психиатрическое отделение явился в русскую церковь к священнику и просил его обратить «из магометанской веры в

православную», так как он хочет стать служителем религиозного культа. Свое поведение объяснить родителям отказался, как не стал объяснять смысл и содержание своих многочисленных рисунков. На вопрос матери о причине его поведения, бездеятельности сообщил, что он думает, какой вид самоубийства ему избрать: повеситься или броситься под поезд метро или отравиться, так как он «совсем пуст и ко всему холоден». Находясь в психиатрической клинике, все дни проводил в постели, ничем не занимался, ни с кем не общался, никаких желаний не выражал. Не тяготился пребыванием в отделении среди тяжелых психически больных.

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

Подробный анализ истории заболевания, особенности его течения позволяют считать, что первые симптомы заболевания выявились в пубертатном возрасте в виде постепенно нарастающего изменения личности, преимущественно за счет снижения активности и особенно интеллектуальной продуктивности. Из интересующегося, деятельного в

коллективе он становится пассивным, словно сонным созерцателем, эмоционально опустошенным. Основным в психическом состоянии является выраженный апатико-абулический синдром. Имеются все основания говорить и о наличии элементов дереализации и деперсонализации. Больной говорит об изменении физического облика, собственного «Я», о том, что он «оболочка», что мир, природа — все потеряло чувственную окраску. Эмоциональную пустоту он испытывает и по отношению к родителям. Больной безучастен также к реальной перспективе обрести надежду на выздоровление. Кроме апатико-абулического синдрома, в статусе обращают на себя внимание особенности мышления. Рассуждения по поводу возможных причин изменений, прогрессирующие погружения в мир отвлеченных представлений, уход в мистику наряду с полным разрывом с собственной перспективой свидетельствуют и об изменении мышления, приобретающего характер абстрактности, резонерства с элементами так называемой философской интоксикации, т. е. пустого мудрствования, Индифферентность ко всему тому, что составляло источник интеллектуального совершенствования, даже к самому себе, подтверждается и небрежным внешним видом—больной не желает мыться, менять белье. Соматические функции без какой-либо патологии».

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

останавливается на том возрасте, когда началось заболевание. Если это, например, случилось в 14—15 лет, то 20—30-летний больной продолжает вести себя, как подросток.

Судебно-психиатрическая оценка шизофрении

Около 50% лиц, признаваемых невменяемыми, страдают шизофренией. Это объясняется особенностями клинических проявлений и относительной частотой данного заболевания. Если у больного обнаруживается отчетливая клиническая картина шизофрении или явные признаки дефекта, то трудностей при судебно-психиатрической оценке не возникает. Такие лица попадают под действие статьи 21 УК РФ и признаются невменяемыми. Если заболевание начинается в период следствия или при отбывании наказания, то суд освобождает заболевшего от исполнения наказания, хотя в отношении инкриминируемого деяния они могут считаться вменяемыми. Таких граждан по решению суда направляют на принудительное лечение в психиатрические больницы.

Больные шизофренией могут совершать общественно опасные действия на разных этапах болезни. Определенную опасность больные шизофренией представляют в начале заболевания, что связано с особенностями психопатологических проявлений. У одних больных преобладают психопатоподобные симптомы, расстройства настроения и влечений, паранойяльность, у других остро развиваются страх, образный бред, галлюцинации, нередко имеющие императивное содержание, растерянность, кататонические симптомы, среди которых бывают импульсивные действия. Проиллюстрировать сказанное может следующий пример:

«Обследуемый Ф., 19 лет, обвинялся в том, что без всякого повода нанес удары топором гражданке Б.

Ф. рос и развивался правильно. По характеру был спокойным, общительным. В школу поступил в 8 лет, окончил 7 классов и ремесленное училище. Работал на заводе модельщиком, с работой справлялся.

За несколько дней до правонарушения у Ф. появилась тревога, подозрительность, настороженность. По словам его матери, он повторял, что ему «что-то подстроили», перестал есть. В день правонарушения Ф. пошел на работу, по дороге у него возник страх, по его словам, он стал «блудиться», «крутиться», бегать по лесу. Считал, что его преследуют, «в поле увидел мужчину с косой в руке», появилась мысль, что этот человек должен его убить, хотел бежать, но почему-то, напротив, подошел к этому незнакомому мужчине. О дальнейших событиях рассказать ничего не может. Пришел в себя в психиатрической больнице, где также продолжал испытывать страх, плохо спал.

Из материалов уголовного дела известно, что Ф. прибежал в деревню к дому Б., взял с телеги топор и стал рубить им стену дома. Все это он делал молча. Когда из дома вышла Б. с целью успокоить Ф., он нанес ей 2 удара топором. Затем, по показаниям свидетелей, Ф. то вставал на колени и просил прощения, то был злобен, нецензурно бранился, то вдруг начинал плясать.

Ф. среднего роста, правильного телосложения. Внутренние органы без отклонений от нормы. При неврологическом обследовании признаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено.

Ф. малодоступен, растерян, тревожен, часто испуганно озирается по сторонам, в контакт с врачом вступает формально. Сведения о себе сообщает непоследовательно, путанно. Себя считает психически здоровым, неохотно принимает лечение, просит отпустить его домой и наряду с этим жалуется на страх, тревогу, ожидание чего-то тяжелого. Не может понять, что с ним происходит, где он находится, кто его окружает. Правонарушения не отрицает, но не может рассказать, как оно произошло. Повторяет, что в то время ему «было страшно», «все мерещилось, крутилось». В отделении остается растерянным, временами суетливым, часто бесцельно бродит по палате и коридору, испытывает страх. С окружающими не общается. Критика к своему состоянию и создавшейся ситуации отсутствует.

Заключение: Ф. страдает психическим заболеванием в форме шизофрении; в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в состоянии острого болезненного расстройства психической деятельности рекомендовано признать невменяемым. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа».

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

Ремиссии при шизофрении бывают с более или менее выраженными изменениями личности. Больные в состоянии ремиссии с дефектом также могут совершать общественно опасные действия. Трудно определить вменяемость этих лиц, особенно тогда, когда они совершают опасные действия по корыстным мотивам либо совместно с психически здоровыми людьми. В таких случаях необходимо решить, настолько ли глубоки изменения личности, что они не позволяют больным правильно оценивать сложившуюся ситуацию и руководить своими действиями, или изменения личности незначительны и не определяют поведение.

Не вызывает сомнений, что при наличии симптомов дефекта и остаточных психотических расстройств в состоянии ремиссии больные должны признаваться невменяемыми и направляться на лечение.

Нередко общественно опасные действия совершают больные, у которых в результате болезненного процесса наступили явные изменения личности с эмоциональной тупостью. В этот период неправильное поведение больных определяют, как правило, не бредовые расстройства, к этому времени обычно утратившие актуальность для больного, а скорее нарушения мышления, невозможность правильно оценить окружающую обстановку и ситуацию, т. е. не позитивные, а негативные симптомы.

«Обследуемый Н., 25 лет, заболевший шизофренией 10 лет назад и лечившийся в прошлом в различных психиатрических больницах без заметного улучшения, находился дома на попечении матери, которая ухаживала за ним и кормила его. Без матери Н. был совершенно беспомощен. Однажды мать не приготовила ему той пищи, которую он просил. Н. вышел во двор, взял полено и начал избивать мать, в результате чего она умерла. Когда Н. спросили, сожалеет ли он о совершенном, он ответил, что мать старая и уже достаточно пожила».

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

Большую опасность представляют больные с ипохондрическим бредом. Особенности ипохондрического синдрома обычно заставляют таких больных обращаться к врачам различных специальностей (терапевты, хирурги, венерологи и т. д.). Не избавившись от своих болезненных ощущений, больные могут расценивать это как умышленное неоказание помощи, включать врачей в свои бредовые переживания и совершать против них те или иные опасные действия вплоть до покушений на убийство.

Следует особо подчеркнуть большую социальную опасность больных в период манифестации болезни (развитие «большого синдрома»), которая сопровождается растерянностью, тревогой, страхами, а также при переходе паранойяльных расстройств в параноидные с синдромом психического автоматизма. Нельзя забывать и о возможности симуляции и диссимуляции у больных шизофренией.

5.2 Маниакально-депрессивный психоз

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

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез этого психоза, несмотря на длительные исследования, остаются недостаточно ясными. Однако выявлены некоторые закономерности в развитии заболевания, позволяющие предполагать важное значение ряда факторов: наследственных, биологических, биохимических и т.д.

Еще в начале двадцатого века Э.Крепелин придавал большое значение наследственному фактору. Современные данные подтверждают его правоту. Риск заболевания МДП у сиблингов и дизиготных близнецов составляет 20-25%, у монозиготных – 66-96%, что наводит на мысль о доминантном наследовании.

Эпидемиология

Достоверных данных о распространенности МДП нет, так как в поле зрения психиатров попадают только те больные, которые нуждаются в госпитализации. Кроме того, различные данные о его частоте свидетельствуют о диагностических разногласиях и различиях в понимании границ маниакально-депрессивного психоза.

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

Средний возраст начала болезни при монополярной депрессии – 35-40 лет, более позднее начало обычно сочетается с отсутствием наследственной отягощенности, асоциальностью, алкоголизмом. Биполярное расстройство начинается несколько раньше, с позднего подросткового возраста, пик приходится на 20-30 лет. Среди больных монополярным расстройством преобладают одинокие и состоящие в разводе лица. Аналогичные данные для биполярной формы являются следствием более раннего начала заболевания в этих случаях.

Клинические проявления

Маниакальная фаза проявляется 3 основными клиническими признаками:

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

Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается надолго на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считают с настроением окружающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми. Они переходят от одного занятия к другому, обычно не заканчивая ни одного. Повышенное настроение и снижение критики сопровождаются переоценкой собственной личности.

Появляются тематические обманы восприятия и бредовые идеи. Бред носит экспансивный характер. Идеи величия обычно сводятся к напоминающим хвастовство несистематизированным и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своем таланте, остроумии, внешней привлекательности, большой физической силе и т. п. Возможны зрительные иллюзии по типу парейдолий. Может возникать повышение памяти на прошлое (гипермнезия), сопровождающееся нарушением запоминания. В таком состоянии больные дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают хищения, растраты для удовлетворения возникших многочисленных желаний. Больные, испытывая повышенное чувство собственного достоинства, могут отвечать вспышками гнева и ярости на незначительные замечания окружающих. Маниакальное состояние сопровождается расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное). Особое значение имеет сексуальное возбуждение, проявляющееся в половой распушенности. Сексуальная расторможенность больных усиливается после приема алкоголя. По выраженности маниакального синдрома различают легкое (гипоманиакальное) состояние, описанное выше выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство). При маниакальном неистовстве может развиваться состояние спутанности, сопровождающееся агрессивными разрушительными действиями, направленными на все окружающее.

Маниакальный эпизод длится от 2 недель до 4-5 месяцев (чаще всего около 4 месяцев).

Клинический пример:

«Обследуемый Е.. 29 лет, слесарь, обвиняется в хулиганских действиях. По характеру веселый, добрый, но вспыльчивый, склонный к немотивированным колебаниям настроения. В 22-летнем возрасте без внешнего повода в течение нескольких дней развилось тоскливое настроение. Стремился к уединению, считал, что до сих пор он плохо справлялся с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое

состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением. Был хвастлив, часто громко смеялся. Раздавал свои вещи, делал ненужные покупки, построил гараж, не имея автомашины. В этот период часто посещал рестораны. Психиатрами тогда не наблюдался. Постепенно психическое состояние нормализовалось. Через 3 года появились подавленность, заторможенность. Не было желания работать, общаться с окружающими, избегал родных и друзей. Помещен в психиатрическую больницу, где находился 3 мес и был выписан с диагнозом: маниакально-депрессивный психоз, депрессивная фаза. Продолжал работать.

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

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

Заключение: Е. страдает маниакально-депрессивным психозом, совершил правонарушение в болезненном состоянии (маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза); рекомендовано считать невменяемым.

Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа».

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

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

Тоска может стать «безысходной», сопровождаться субъективными ощущениями безразличия к здоровью и судьбе своих близких, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии. Для депрессивной фазы типичны бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства, которые для окружающих тем более неожиданны, чем менее клинически выражено депрессивное состояние и чем более тщательно диссимулируются суицидальные мысли и намерения. Возможно так называемое расширенное самоубийство — убийство членов своей семьи и затем самоубийство. Больные совершают подобные поступки, чтобы «избавить всех и себя от предстоящих еще больших мучений или позора», в неотвратимости которых они испытывают непоколебимую болезненную уверенность. Больные упорно и длительно отказываются от пищи, что заставляет прибегать к систематическому искусственному кормлению. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством (раптус меланхоликус), которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения; больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя.

Длительность депрессивного эпизода около 6 месяцев, нередко они затягиваются и на больший срок.

Судебно-психиатрическая оценка

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

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

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

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

Значительные трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих циклотимией. В этих случаях требуется особо тщательный анализ объективных данных о состоянии в период правонарушения и особенностей течения заболевания в целом. Необходимо исключить продромальную стадию приступа циркулярного психоза в момент правонарушения. Вменяемость при этом определяется глубиной наблюдавшихся расстройств психического состояния, которая у одного и того же больного при разных циклотимических фазах может быть различной. Необходимо принимать во внимание и динамику социального положения больного (возможно его снижение в связи с длительными нераспознанными субдепрессивными фазами).

Экспертам приходится решать вопрос и о психическом состоянии больных маниакально-депрессивным психозом в гражданском процессе. Больные, преимущественно в маниакальной и гипоманиакальной фазах, могут совершать различные имущественные акты, обмены жилплощади, заключать браки. Если подобные гражданские акты совершены во время приступа психоза, то выносится заключение о том, что больной не мог по-

нимать значение своих действий и руководить ими в тот период, а заключенные акты считаются недействительными.

5.3 Эпилепсия

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

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

Причины данного заболевания точно не установлены. Существует версия наследственной передачи эпилепсии, в таких случаях она может проявиться в очень раннем возрасте и называется генуинная (т.е. врожденная).

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

Клинические проявления

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

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

Пароксизмальные состояния.

Большой судорожный припадок – начинается внезапно, резко падает мышечный тонус, наступает глубокое помрачение сознания. У многих

больных за несколько секунд до припадка возникает аура – стереотипно повторяющееся для данного человека ощущение. Она бывает различная, в зависимости от поврежденного участка головного мозга – зрительная, слуховая, обонятельная и т.д. Реже наблюдаются предвестники: за несколько часов до приступа у больного изменяется настроение, нарушается аппетит, сон, появляется дискомфорт в теле.

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

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

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

Эквиваленты судорожных припадков. Традиционно к эквивалентам припадков относят дисфорию и сумеречное расстройство сознания (см.

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

Эпилептические психозы

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

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

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

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

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

Изменения личности при эпилепсии

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

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

- педантизм;
- сужение круга интересов, вплоть до эгоцентризма;
- в характере появляется своеобразная полюсность: больные то добродушны, даже слащаво приветливы, то проявляют злобность и агрессивность;
- мышление становится вязким, тугоподвижным, появляется патологическая обстоятельность. При длительном неблагоприятном течении постепенно формируется эпилептическое слабоумие.

Контрольные вопросы:

1. Какими основными симптомами проявляется шизофрения?
2. Какие выделяют типы течения шизофрении?
3. Как проявляется простая форма шизофрении?
4. Чем опасна гебефреническая форма шизофрении?
5. Какие основные симптомы наблюдаются при параноидной форме шизофрении?
6. Какие особенности имеет кататоническая форма шизофрении?
7. Какова судебно-психиатрическая оценка шизофрении?
8. Как проявляется маниакально-депрессивный психоз?
9. Какова судебно-психиатрическая оценка маниакально-депрессивного психоза?
10. Что такое эпилепсия и как она проявляется?
11. Какие психические нарушения при эпилепсии чаще всего подвергаются судебно-психиатрической оценке?

6. Органические поражения головного мозга, их судебно-психиатрическая оценка

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

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

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

Открытые черепно-мозговые травмы могут быть проникающими и непроникающими. При проникающих травмах имеются повреждения

вещества мозга и мозговых оболочек, при непроникающих – головной мозг и оболочки мозга не повреждены.

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

6.1. Травматические поражения головного мозга. Психоорганический синдром

Черепно-мозговая травма – понятие, охватывающее разнообразные виды и степени механического повреждения костей черепа, мозга, его оболочек и сосудов.

Как указывалось ранее, черепно-мозговые травмы (ЧМТ) бывают закрытые и открытые. Закрытые травмы встречаются гораздо чаще, у пострадавшего гораздо больше шансов остаться в живых, чем при открытой ЧМТ.

Клиника травматического повреждения мозга определяется не только видом ЧМТ, но и рядом других факторов:

- тяжестью травмы;
- локализацией травмы;
- кровопотерей и ее количеством;
- присоединением раневой инфекции;
- возрастом пострадавшего.

Все перечисленные факторы обуславливают необычайное разнообразие нервно-психических расстройств. Независимо от вида ЧМТ обладают общими закономерностями: нарушения максимальны в начальном периоде травмы, а в последующем (если больной не умирает в первые часы и нет осложнений) происходит их уменьшение, наступает выздоровление или формируются стойкие остаточные явления.

В результате травмы может произойти кровоизлияние либо под какую-нибудь оболочку мозга, либо, что бывает реже, внутри ткани мозга. Основным последствием кровоизлияния является компрессия. О наличии последней узнают спустя несколько часов (дней) после ушиба, к этому времени симптомы начального периода уже исчезают или состояние вновь ухудшается:

- интенсивные головные боли, развиваются по нарастающей, локализуются в определенной части головы:

- рвота;
- стойкое покраснение лица;
- пострадавший начинает зевать;
- озноб (без других признаков лихорадки);
- общая заторможенность, переходящая в кому.

Вне зависимости от типа ЧМТ и обстоятельств ее получения выделяют 4 этапа развития травматических расстройств:

1. начальный;
2. острый;
3. реконвалесценции (выздоровления);
4. отдаленных последствий.

Начальный период

Этот период возникает непосредственно после получения ЧМТ и характеризуется следующими признаками.

1. Потеря сознания. В зависимости от тяжести поражения эта стадия имеет различную *длительность* от нескольких минут, часов до нескольких недель, и различную *глубину* нарушенного сознания (оглушенность, сопор, кома).

При оглушенности пострадавшие вялые, заторможенные, сонливы, односложно отвечают на вопросы, плохо ориентируются в окружающей обстановке.

Сопор – это такое угнетение сознания, при котором пострадавшие могут реагировать только на энергичные внешние раздражители (открывать глаза, односложно отвечать на вопросы, отстраняться от раздражителя), после чего снова возвращаются к прежнему состоянию. При сопоре глотание не нарушено, рефлексы сохранены, пострадавший самостоятельно меняет положение тела в постели.

При коме наблюдается утрата сознания, угнетение рефлексов, отсутствие активных движений и реакции на внешние раздражители, вегетативные нарушения (расширение зрачков, гипотермия). Больной в коматозном состоянии нуждается в интенсивной медицинской помощи в условиях реанимационного отделения.

2. Нарушения памяти:

а) Ретроградная амнезия - пострадавшие не могут сообщить об обстоятельствах, предшествовавших травме.

б) Антероградная амнезия – в последствии, после выписки из больницы, пострадавший не помнит о встрече со следователем и сделанных показаниях в период стационарного лечения.

3. Общемозговые симптомы: головная боль, головокружение, тошнота, рвота.

Острый период

Продолжительность острого периода закрытой ЧМТ колеблется от 1 дня до 1-2 месяцев и более. Обычно длится от 3 до 8 недель. Сознание восстанавливается, исчезает большинство общемозговых симптомов.

В этом периоде ведущим является астения с ощущениями психической и физической слабости, слезливостью, раздражительностью. Больные фиксированы на своем состоянии, фон настроения снижен. На первый план выходят явления гиперестезии – пострадавшие не переносят громких звуков, яркого света. Остаются отдельные неврологические нарушения: головокружение, нистагм, вегетативные нарушения (колебания артериального давления, нарушения терморегуляции и т.д.).

Течение болезни в этом периоде волнообразное, улучшения сменяются ухудшением состояния, которое обычно наблюдается при психическом напряжении или влиянии психогенных факторов (например, дополнительная психотравма). Во время ухудшения усиливается астеническая симптоматика, иногда наблюдаются судорожные припадки.

В остром периоде могут развиваться психозы. Большая часть из них развивается в первые дни или первые 1,5 недели, реже спустя месяц или более после восстановления сознания. Психозы чаще развиваются при контузиях, чем при сотрясениях. Обычно наблюдаются различные формы помрачения сознания:

- Сумеречное помрачение сознания, возникает неоднократно. Протекает в двух вариантах – с внешне упорядоченным поведением либо агрессией и хаотичным возбуждением.

- Делирий, обычно наблюдается у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Чаще всего возникает через несколько (1-2) недель после восстановления сознания, на фоне астении под воздействием дополнительной вредности.

- Онейроид, который протекает с нарушениями «схемы тела», сопровождается благодушно-эйфорическим настроением. Длится 1-2 дня, обычно однократно.

Период реконвалесценции

Период выздоровления продолжается от 1-2 месяцев до 1 года. Постепенно сглаживаются все явления острого периода и у большинства пострадавших наступает полное выздоровление.

Период отдаленных последствий ЧМТ

Отдаленные последствия перенесенной ЧМТ появляются через несколько месяцев или лет после события.

- Травматическая астения: раздражительность и истощаемость, повышенная физическая и психическая утомляемость, обидчивость, тревожность, нерешительность, слабодушие. Кроме жалоб на сниженную

трудоспособность, пострадавшие предъявляют жалобы на нарушения сна, непереносимость жары и духоты, ощущение дурноты при езде в транспорте, легкое снижение памяти. У некоторых появляются истероформные реакции с демонстративными рыданиями, заламыванием рук, с преувеличенными жалобами на плохое здоровье и требованиями для себя определенных привилегий.

- Психопатоподобные расстройства (травматическая энцефалопатия с психопатизацией личности). У пострадавшего появляются истерические черты, эмоциональная взрывчатость, агрессивное поведение. При приеме алкоголя вышеуказанные черты обостряются, они становятся социально опасными.

- Травматические психозы, которые могут возникать через 10-15 лет после травмы и длиться 3-4 месяца, затем редуцируются. Протекают в виду двух форм: аффективной и галлюцинаторно-бредовой.

- Циклотимоподобные расстройства протекающие по типу субдепрессий либо гипоманий. Больной предъявляет сверхценные идеи, обычно сутяжническое поведение. Аффективные нарушения толкают многих больных к алкоголизации. На высоте аффективных психозов нередко помрачение сознания.

- Галлюцинаторно-бредовые психозы возникают при тяжелых травмах и травмах средней тяжести. Для их развития необходима провокация экзогенной вредностью. Обычно они начинаются с сумеречного или делириозного помрачения сознания. Галлюциноз преобладает над бредом. Встречаются элементы синдрома Кандинского-Клерамбо, что затрудняет диагностику, требует дифференциации с шизофреническим психозом.

- Паранойяльные психозы возникают чаще всего приблизительно через 10 лет после травмы. У мужчин они проявляются сверхценными идеями и бредом ревности, у женщин ограничивается сутяжничеством.

- Травматическое слабоумие в структуре расстройств отдаленного периода занимает приблизительно 3-5%. Возникает обычно после открытых

ЧМТ и тяжелых контузий с переломами оснований черепа. При травматическом слабоумии наблюдаются кроме интеллектуально-мнестических расстройств, вялость, апатичность, адинамичность, слабодушие, эйфория, вспышки раздражения и гнева. При тяжелых ЧМТ в детском возрасте слабоумие носит тотальный характер, отмечается задержка психического развития. Характерно психопатоподобное поведение, проявляющееся в виде грубости, раздражительности, непереносимости критики, побегов из дома, бродяжничества. Такие подростки легко попадают в асоциальные компании, у них быстро формируется синдром зависимости от ПАВ.

▪ Пароксизмальные расстройства возникают как в течение первого года после травмы, так и в более отдаленный период (через 10-20 лет и позднее). Пароксизмальные расстройства острого и подострого периодов имеют более благоприятное течение и со временем проходят. Эпилептиформные расстройства отдаленного периода ЧМТ имеют менее благоприятный прогноз.

Пароксизмальные расстройства разнообразны:

1. Большие развернутые припадки;
2. Малые припадки;
3. Судорожные состояния без нарушения сознания;
4. Гипоталамические приступы – учащение сердцебиения, дурнота, резкое побледнение или покраснение кожи, кратковременные судорожные подергивания);
5. Психосенсорные расстройства (нарушения схемы тела);
6. Эпизоды сумеречного помрачения сознания.

Психоорганический синдром

Психоорганический синдром развивается в отдаленном периоде тяжелых ЧМТ. Наблюдается более выраженная неврологическая симптоматика, свидетельствующая о поражении ткани мозга.

Пострадавшие предъявляют жалобы на:

- Упорные, распирающие головные боли;
- Головокружения;
- Стойкие нарушения сна;
- Раздражительность;
- Колебания настроения с оттенком гневливости и злобности;
- Непереносимость психических нагрузок, быстрая утомляемость.

Объективно можно зафиксировать:

- Изменение биоэлектрической активности мозга;
- Повышение внутричерепного давления;
- Снижение памяти на текущие и прошлые события;
- Истощаемость психических процессов, приводящая в итоге к

интеллектуально-мнестическому снижению личности.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших ЧМТ

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших ЧМТ неоднозначна и зависит от стадии заболевания и от клинических проявлений. Особенно сложно оценивать острый период ЧМТ, необходимость в подобной экспертной оценке возникает при ДТП и в случае преступлений против личности. Эксперты не видят человека в данный период, поэтому приходится оценивать ретроспективно: по медицинской документации и материалам дела. Кроме этого, рассказ самого пострадавшего из-за ретроантероградной амнезии весьма скуден.

Противоправные действия в остром периоде совершаются при травмах легкой и средней тяжести. У таких больных может быть неглубокое нарушение сознания, меняющееся в своей интенсивности. Их действия могут носить внешне целенаправленный характер, движения и походка координированы. Тем не менее, свидетели отмечают у такого субъекта растерянное выражение лица, отсутствие адекватного речевого контакта, дезориентировку в окружающем. Все это свидетельствует о помрачении сознания в форме оглушения и попадает под понятие «временное расстройство психической деятельности». Таких лиц СПЭК рекомендует

суду признавать невменяемыми. Необходимость и характер мер медицинского характера определяются выраженностью остаточных явлений ЧМТ.

При совершении дорожно-транспортного происшествия психическое состояние водителя оценивается с двух позиций:

1. водитель мог иметь ЧМТ в прошлом, в этом случае следует выяснить, не было ли у него в момент аварии пароксизмального расстройства. Для правильного экспертного заключения очень важно:

- тщательно собрать медицинскую документацию на данного гражданина, в которой упоминается ранее полученная им ЧМТ;
- проанализировать схему движения транспортного средства;
- проанализировать показания пассажиров (если они были);
- установить наличие или отсутствие алкогольного опьянения;
- проанализировать описание виновником своего состояния на момент совершения аварии.

Если будет доказано наличие нарушенного сознания, то эксперты порекомендуют суду признать данное лицо в отношении инкриминируемого деяния невменяемым.

2. ЧМТ водитель может получить во время дорожно-транспортного происшествия. Полученная травма может маскировать предыдущее состояние.

Если ЧМТ получена во время аварии, то независимо от ее тяжести лицо рекомендуют признавать вменяемым в отношении инкриминируемого деяния. Дальнейшая судьба водителя зависит от тяжести ЧМТ.

- Если наступает полное обратное развитие симптомов, или остаются легкие остаточные явления – следствие и судебное разбирательство состоится, так как сохраняется уголовно-процессуальная дееспособность данного лица;

- Если выраженные остаточные явления - эксперты порекомендуют освободить данное лицо от уголовного наказания и применить к нему принудительные меры медицинского характера.

Может проводиться СПЭ потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации. В ходе экспертного исследования выясняется:

1. возможность правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания (следует помнить о конфабуляциях);
2. возможность правильно понимать характер и значение совершенных в отношении них противоправных действий;
3. возможность участвовать в судебно-следственных действиях;
4. возможность осуществлять свое право на защиту (процессуальная дееспособность).

Возможна комплексная экспертиза с участием судебных медиков для решения вопроса о степени тяжести вреда здоровью.

Следует помнить, что число лиц с последствиями травматической болезни, которых рекомендуют признавать невменяемыми, сравнительно невелико. Это больные с:

- травматическим слабоумием;
- тяжелыми формами травматической эпилепсии;
- травматическими психозами.

6.2 Психические нарушения при инфекционных заболеваниях мозга

Человеческий мозг отделяется от всего остального тела с помощью специального гемэнцефалического барьера – своеобразная защита от вирусов и бактерий. Однако некоторые возбудители инфекционных заболеваний способны проникать через этот барьер. Когда инфекция затрагивает непосредственно вещество мозга, то заболевание носит название энцефалит. Различают энцефалит:

- первичный (эпидемический и клещевой), вызывается вирусами;

- вторичный как осложнение после кори, краснухи, гриппа, ветряной оспы и т.д.

Эпидемический энцефалит – сейчас встречается в виде единичных случаев, последняя эпидемия была зарегистрирована в 1916 г.

Во время острой стадии на фоне лихорадки появляются делириозные расстройства сознания (психомоторное возбуждение, тревога, страх, отрывочный бред, ложные узнавания). Периоды возбуждения сменяются патологической сонливостью, больных невозможно разбудить. Встречаются отдельные судорожные подергивания, нарушения координации движений. Возможен летальный исход.

Если заболевание переходит в хроническую стадию, то в клинике начинают преобладать неврологические нарушения (двоение в глазах, птоз и т.д.), возможен постэнцефалитический паркинсонизм. Психические нарушения наиболее заметны в эмоционально-волевой сфере. Больные становятся пассивными и безучастными к окружающему. Настроение быстро меняется от депрессии к эйфории. В дальнейшем у больных отмечается вязкость мышления, суетливость, лживость, сексуальная расторможенность. У некоторых на первый план выступает прожорливость: они собирают объедки, выпрашивают пищу, могут ее воровать.

Вторичные энцефалиты. На первых этапах наблюдается общемозговая реакция на инфекцию (нарушения сознания, отдельные зрительные галлюцинации, эпилептиформные проявления). Быстро появляются неврологические расстройства: повышение и асимметрия сухожильных рефлексов, парезы и параличи, менингеальные симптомы, упорные головные боли, снижение зрения и слуха, гиперестезия. В большинстве случаев, особенно в детском возрасте, в результате лечения наступает стабилизация процесса, а затем и обратное развитие.

Психические расстройства проявляются в задержке психического развития у детей, снижения интеллектуальных функций у взрослых больных. У детей после перенесенного энцефалита наблюдаются нарушения поведения

(конфликты, побеги из дома, дисциплинарные нарушения). Они быстро попадают в асоциальную компанию, злоупотребляют алкоголем, наркотиками. Отмечается повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость. С возрастом, по мере взросления, психопатологические проявления сглаживаются.

Судебно-психиатрическая оценка

В основном попадают в поле зрения судебных психиатров лица с остаточными явлениями перенесенных энцефалитов, чаще всего в пубертатном периоде.

Экспертная оценка сложна из-за формальной сохранности интеллектуальных функций с одной стороны, а с другой – из-за наличия у них выраженной психической незрелости и эмоционально-волевых расстройств. В этих случаях показана комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

В силу особенностей клиники психических расстройств отдаленного периода энцефалитов (сексуальная расторможенность, повышенная внушаемость, подчиняемость) больные часто становятся жертвами преступлений. Например, при знакомстве со случайными людьми больные (особенно девушки) могут умышленно завышать свой возраст, демонстрировать свою сексуальную осведомленность. Если учесть, что подобные девушки обычно злоупотребляют косметикой и стараются носить откровенно открытую одежду, то они легко становятся жертвами сексуального насилия.

Во время следствия они могут давать противоречивые показания, то настаивают на факте насилия, то категорически отрицают его. При судебно-психиатрической экспертизе у них обнаруживаются признаки психической незрелости, неполное понимание характера и значения совершенных в отношении них противоправных действий.

6.3 Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга

Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга вызваны проникновением бледной трепонемы в ЦНС, обычно это происходит через 3-4 года от момента внедрения возбудителя в организм.

На первый план выступают неврологические нарушения, они на 70-80% определяют клиническую картину заболевания. Диагноз подтверждается обнаружением инфекции в крови и ликворе.

На ранних этапах: нарушения сна, раздражительность, истощаемость, легкое ослабление памяти, снижение фона настроения. У больных еще сохраняются критические способности.

На поздних этапах: упорные головные боли, оглушение, тревожное возбуждение, снижение памяти и интеллекта, нарастание психоорганических расстройств. Иногда наблюдаются эпизоды галлюцинаторно-параноидных проявлений.

Прогрессивный паралич

Прогрессивный паралич – это сифилитический менингоэнцефалит, протекающий с признаками быстро прогрессирующего тотального распада психической деятельности, различными психотическими состояниями, а также типичными для сифилиса серологическими изменениями в крови и спинномозговой жидкости, определенными соматоневрологическими нарушениями.

Имеет длительный инкубационный период: порядка 10-15 лет (иногда 20 лет) с момента заражения организма сифилисом. Если больной не получает лечения, то через 2-5 лет наступает маразм в результате глубокого изменения тканей мозга и возможен летальный исход.

Начальная стадия: неврастенические проявления сочетаются с признаками органического снижения личности – больные становятся бестактными, утрачивают чувство стыда и другие тонкие эмоции, снижается критика к себе и своему поведению. Фон настроения приподнят,

эмоционально подвижны, легковесны в суждениях. Обнаруживается интеллектуальная несостоятельность, например, заболевшие совершают ошибки в простейших расчетах, не понимают смысл прочитанного текста. Наблюдаются расстройства влечений, повышенная внушаемость.

Стадия развернутой картины: деменция, болезненно повышенное настроение, преимущественно с эйфорическим оттенком. Ряд больных высказывает бредовые идеи величия, нелепые по содержанию и резко противоречащие реальному положению больного. Наблюдается психомоторное возбуждение, бестолковость, назойливость.

Исходная стадия: выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, нарастает соматическое неблагополучие(поражаются возбудителем сифилиса внутренние органы), от которого вполне может наступить летальный исход.

6.4. Сосудистые заболевания головного мозга, психические нарушения при них

Сосудистые заболевания головного мозга со свойственными им разнообразными нервно-психическими нарушениями являются обычно одним из проявлений общих сосудистых заболеваний, из которых наиболее распространены атеросклероз, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь.

Психические нарушения сосудистого происхождения неоднородны как по клинической картине, так и по типу течения. Обычно выделяют:

1. нарушения непсихотического уровня в виде астенической, неврозоподобной, дисфорической и другой симптоматики и личностных изменений;
2. сосудистые психозы, протекающие с помрачением сознания, галлюцинаторно-бредовыми синдромами и аффективными расстройствами;
3. сосудистая деменция.

Психические нарушения при атеросклерозе мозговых артерий. Атеросклероз – самостоятельное общее заболевание с хроническим течением. Церебральный атеросклероз (церебросклероз) сопровождается рядом нервно-психических изменений и при неблагоприятном течении может привести к выраженному слабоумию или даже смерти в результате инсульта.

Клиническая картина церебрального атеросклероза различна в зависимости от периода заболевания, выраженности его, характера течения и т.д. Довольно часто заболевание дебютирует неврозоподобной симптоматикой: раздражительность, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, особенно умственной, рассеянность, снижение внимания. Характерной особенностью начального церебросклероза является также усиление, даже гротескное преувеличение, прежних черт личности: ранее недоверчивые становятся откровенно подозрительными, беспечные – еще более легкомысленными, экономные – скупыми. По мере развития заболевания все более отчетливо выявляются нарушения памяти и снижение работоспособности.

Больные забывают, что им нужно сделать, не помнят, куда они положили ту или иную вещь, с большим трудом запоминают новое. Ослабевают на текущие события, прошлое они могут помнить достаточно хорошо.

По мере прогрессирования болезни меняется мышление больных: оно теряет прежнюю гибкость и подвижность. Появляются чрезмерная обстоятельность, заострение на каких-то деталях, многословие. Больные с трудом выделяют главное, сложно переключаются с одной темы на другую.

Характерной чертой является выраженная эмоциональная лабильность (слабодушие). Больные становятся слезливыми, плачут при малейшем огорчении или радости, легко переходят от слез к улыбке и наоборот. Типична также склонность к реакциям раздражения, постепенно усиливающаяся вплоть до резких гневливых вспышек по самым

незначительным поводам. Больные делаются все более трудными в общении с окружающими, у них развиваются эгоизм, нетерпеливость и требовательность, появляется чрезмерная обидчивость.

Выраженность нарушений мышления и памяти, эмоциональная несдержанность и особенности поведения говорят о том, что наступает атеросклеротическая деменция.

Церебральный атеросклероз может быть причиной эпилепсии, возникающей в пожилом возрасте. В ряде случаев появляется депрессия, часто с ипохондрическими включениями. Иногда (в основном ночью) остро возникают состояния измененного сознания с бредом, слуховыми и зрительными галлюцинациями. Эти состояния могут длиться несколько часов, реже – дней.

У больных церебральным атеросклерозом могут возникать галлюцинозы, обычно слуховые, типичны хронические бредовые состояния (бред ревности, отношения, преследования и другие по содержанию виды бреда).

Исходом выраженного атеросклероза является инсульт. Инсульту могут предшествовать продромальные явления – головокружения, шум в голове, приливы крови к голове, потемнение или мелькание мушек в глазах, парестезии. Собственно инсульт сопровождается глубоким помрачением сознания, чаще всего комой. Если поражения захватывают жизненно важные центры, то возможен летальный исход. В более благоприятных ситуациях, человек выходит из комы через сопор и оглушение. В период постепенного выхода из комы отмечается дезориентировка и спутанность, возможны речевое и двигательное возбуждение, беспокойство, тревога, страх. Иногда развиваются судорожные состояния. Последствиями инсульта являются не только характерные неврологические нарушения (например, паралич, афазия), но и выраженные психические нарушения в виде слабоумия, носящего обычно частичный характер.

Психические нарушения при гипертонической болезни

Для гипертонической болезни характерны церебральные расстройства по типу нарушений мозгового кровообращения от легких гипертонических кризов до инсультов.

Помимо неврологических нарушений, для гипертонической болезни характерны и разнообразные психические нарушения. Описаны гипертонические психозы, очень часто наблюдаются другие психопатологические проявления, причем на любой стадии болезни. Вместе с тем имеется определенная связь между характером психических нарушений и стадий болезни. Так, неврозоподобная симптоматика более характерна для начальной стадии гипертонической болезни, а развитие слабоумия наблюдается чаще всего на 3 (конечной) стадии. По мнению Е.С. Авербуха, при гипертонической болезни наиболее типичны следующие нарушения:

1. Неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика. Она заключается в жалобах на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость, рассеянность, мнительность. Больные становятся слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми. Характерны различные навязчивости, особенно страхи. Идет заострение характерологических особенностей.

2. Тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы. Наиболее часто наблюдается ипохондрический бред, бред осуждения, отношения и преследования, могут возникать идеи ревности и самообвинения.

3. Состояния помрачения сознания. Наряду с различными степенями оглушения у больных развивается сумеречное состояние сознания, возможен онейроид и делирий.

4. Состояния слабоумия. Нарушения памяти от незначительных до грубых мнестических расстройств. Может развиваться органический психосиндром, иногда наблюдается типичный синдром Корсакова. Деменция может развиваться как последствия инсультов, так и самостоятельно.

Судебно-психиатрическая оценка сосудистых психозов

Определение вменяемости или невменяемости зависит от психического состояния больных с сосудистой патологией, от степени их психических нарушений. При выраженной патологии, например, глубоком слабоумии эксперты рекомендуют признавать этих лиц невменяемыми. Аналогичную рекомендацию выдают при наличии в структуре расстройств галлюцинаций, бреда, нарушений сознания.

Определение степени нарушения интеллектуально-мнестических функций желательно проводить с помощью патопсихологических методик, чтобы составить объективное представление о глубине и структуре нарушений.

Контрольные вопросы:

1. Какие психические нарушения наблюдаются при черепно-мозговой травме?
2. Что такое психоорганический синдром и как он проявляется?
3. От чего зависит судебно-психиатрическая оценка ЧМТ?
4. Какие психические нарушения наблюдаются при энцефалитах?
5. Как могут проявиться сифилитические повреждения центральной нервной системы?
6. Какие психические нарушения наблюдаются при гипертонической болезни?
7. От каких факторов зависит судебно-психиатрическая оценка сосудистых нарушений?

7. Судебно-психиатрическая экспертиза при психических расстройствах в инволюционном периоде

В последние годы заметно увеличилось как абсолютное количество психически больных старшего возраста, так и вырос их удельный вес по отношению к общему числу психически больных других возрастных групп. Это обусловлено увеличением средней продолжительности жизни, ростом доли пожилых людей в общей популяции. По данным ряда отечественных и зарубежных исследователей, от 10 до 25% всех лиц старше 60-65 лет страдают психическими нарушениями различной степени тяжести.

Психические расстройства в инволюционном периоде достаточно разнообразны и их условно делят на две большие группы.

К первой группе относятся психические расстройства, развивающиеся в более ранние возрастные периоды и продолжающиеся или повторно возникающие после начала старения, а также психические заболевания, впервые возникшие в позднем возрасте, но не специфичные для него, способные развиваться в различные периоды жизни. В эту группу входят шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, олигофрении, психопатии, алкоголизм, наркомании и другие заболевания.

Вторую группу составляют психические расстройства, преимущественно или всегда возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением. К этой группе относят инволюционные психозы, сенильные и пресенильные деменции, атрофические заболевания головного мозга. С некоторой долей условности к этой группе можно отнести психические нарушения, обусловленные церебрально-сосудистой патологией – мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью – чаще всего они возникают у пожилых граждан, с длительным стажем вышеупомянутых заболеваний. Психические нарушения при сосудистой патологии описаны в разделе «Органические поражения головного мозга»

В судебно-психиатрическом аспекте наибольший интерес вызывает именно вторая группа расстройств.

7.1 Особенности психики в инволюционном периоде

Старение организма сопровождается изменением всех его функций – как биологических, так и психических. Однако характер этих изменений и время их проявлений имеют индивидуальные особенности и колеблются в широких пределах: психические возрастные изменения не всегда коррелируют с физическими проявлениями старения организма.

Изменения психического функционирования в связи с возрастом может проявляться избирательно и в различные возрастные периоды. Так, сравнительно рано начинает ослабевать способность воображения - его яркость, образность, ухудшается также подвижность психических процессов, возможность быстрого переключения внимания. Несколько позже ухудшается усвоение новых знаний. Возникают трудности в воспроизведении нужных в данный момент сведений, замедляются интеллектуальные процессы. Возникает склонность к застреванию на неприятных переживаниях, тревожно-депрессивная окраска настроения.

Выделяют целый комплекс факторов, связанных со старением и негативно влияющих на человека, способствующих развитию психической патологии в позднем возрасте:

- нейроэндокринные сдвиги, вызванные климаксом;
- разнообразные функциональные и структурные изменения всех систем и органов, обусловленные старением;
- накопление физических нарушений из-за соматических болезней.

Свою роль играет и особая социально-психологическая ситуация, в которой часто оказывается стареющий человек (прекращение трудовой деятельности, сужение социальных связей, одиночество в результате смерти близких, невозможность удовлетворения многих интересов и потребностей, трудности самообслуживания вследствие физической немощи).

Происходит психологическое старение: изменения характера, наступающие в ходе инволюции (снижение эмоционального фона, обеднение интересов и смещение их в сферу физического и материального благополучия, тревожная мнительность, консерватизм, недоверчивость, инертность психических процессов, ослабление интеллектуально-мнестических функций).

Приблизительно у трети пожилых людей регистрируются неврозоподобные нарушения, связанные с климаксом. Подобным страданиям подвергаются оба пола, но женщины гораздо чаще обращаются за медицинской помощью, поэтому традиционно считают, что климактерические нарушения психики присущи лишь им.

Климактерические неврозоподобные состояния весьма разнообразны и изменчивы. Наиболее часто у пожилых людей регистрируют астеноневротический синдром, который проявляется в виде повышенной утомляемости и выраженных вегетативных нарушений (приливы жара, потливость, приступы сердцебиения). Также могут быть эмоциональные расстройства: неустойчивость настроения, внезапные колебания преимущественно в сторону снижения, тревога, раздражительность. Нередко наблюдают сенестопатически-ипохондрические нарушения: многообразные неприятные ощущения сопровождаются чрезмерными опасениями за здоровье, которые иногда приобретают оттенок навязчивости. Истероподобные расстройства проявляются жалобами на спазмы в горле, внутреннее дрожание, слабость в конечностях и др. Эти жалобы сочетаются повышенной обидчивостью, капризностью, театральностью, приступами рыданий.

7.2 Инволюционные психозы

Инволюционные психозы были описаны Э.Крепелином еще в конце 19-го века. В настоящее время выделяют две клинические формы этих психозов: инволюционную депрессию и инволюционный параноид.

Инволюционная депрессия. Инволюционная депрессия (инволюционная меланхолия) – затяжная тревожная депрессия, впервые развивающаяся в позднем возрасте. Женщины заболевают значительно чаще мужчин. Возраст начала заболевания колеблется в очень широких границах: от 45 до 80 лет.

В большинстве случаев манифестации психоза предшествуют дополнительные вредности типа различных психотравмирующих ситуаций и соматических заболеваний.

Начало инволюционной депрессии обычно постепенное, хотя возможно и острое начало в тех случаях, когда возникновению психоза предшествует сильная психическая травма или острое соматическое заболевание. Появляются и нарастают угнетенность, вялость, страхи за свое здоровье, опасения за состояние своих близких, материальное благополучие. В начальном периоде, который длится от нескольких недель до года, возможны дисфорические эпизоды. Со временем эти проявления усиливаются и перерастают в картину тревожной депрессии.

Клинической картине инволюционной меланхолии свойственно сочетание тревожно-депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством, достигающим в более тяжелых случаях до возбуждения и даже неистовства (ажитированная депрессия). Речь больных непоследовательная и бессвязна, состоит из обрывков фраз или бессмысленного набора слов, сходных по звучанию. Больные всхлипывают, причитают, стонут, бестолково мечутся по помещению.

Тревога носит беспредметный характер, лишена конкретного содержания, насыщена неоправданными мрачными предчувствиями, ожиданием всяких несчастий. Характерно усиление тревоги в вечерние и ночные часы. Часто проявляется симптом нарушения психической адаптации в виде резкого нарастания тревоги с бессмысленным сопротивлением при любых незначительных изменениях привычной обстановки (например, ремонт в квартире, перестановка мебели).

У некоторых больных депрессия сопровождается бредом. Чаще встречаются бредовые идеи несправедливого обвинения, осуждения больного окружающими. Встречаются патологические идеи преследования, отравления, ущерба, ревности, ипохондрический бред. Бредовые идеи самообвинения нехарактерны для инволюционной депрессии.

В отдельных случаях, при глубоко протекающей депрессии возможно появление синдрома Котара (бред депрессивно-фантастического содержания). Для синдрома Котара типичен нигилистический бред, или бред отрицания, – своеобразный чувственный бред, близкий к ипохондрическому. Например, больные утверждают, что у них нет жизненно важных органов и функций (нет желудка и кишечника, пища попадает непосредственно в брюшную полость и там накапливается, не перевариваясь, месяцами не бывает физиологических отправлений). В структуру синдрома могут входить идеи злого могущества: своим существованием больной причиняет неисчислимые страдания и гибель людям, всему человечеству; люди умирают, задыхаясь в заполнивших всю атмосферу ядовитых испарениях, миазмах, исходящих из больного. Бывают идеи мучительного бессмертия: больной считает себя обреченным на вечные страдания, подобно грешникам в аду. Распространение бредовых переживаний на целую страну, планету или даже вселенную является основанием для обозначения такого бреда мегаломаническим, или бредом громадности.

Обманы восприятия в рамках инволюционной депрессии возникают сравнительно редко, обычно это вербальные иллюзии. По содержанию они всегда соответствуют аффекту и тематике бредовых идей.

В разные сроки после стабилизации состояния начинается постепенная редукция психических расстройств, уменьшается интенсивность аффективных нарушений, в частности, ослабевают тревога и страх и на первый план, особенно в старческом возрасте, выступают подавленность, безразличие, апатия и отвращение к жизни. Явления двигательной ажитации становятся менее аффективно насыщенными, все более стереотипными.

Возможны признаки «регресса поведения»: неряшливость, прожорливость и т.д.

Судебно-психиатрическое значение: больные с инволюционной меланхолией чаще других пациентов совершают самоубийства. На фоне бреда Котара больной может совершить расширенный суицид – убить вначале членов своей семьи, а затем покончить с собой. Мотивы, лежащие в основе убийства близких могут быть самые благородные, например, при убеждении, что мир погибает, больной убивая, избавляет родных от мучительных страданий.

Инволюционный параноид. В центре клинической картины находится так называемый маломасштабный бред преследования («вредительства», притеснения), отравления и ущерба, обозначаемый также как бред малого размаха или бред обиденных отношений. Бред направлен против конкретных лиц из окружения больного (чаще всего против соседей или членов семьи) и, как правило, бывает интерпретативным, основываясь на бредовом толковании множества мелких событий и фактов.

Бредовые расстройства развиваются медленно и постепенно, на фоне нарастающей общей или избирательной подозрительности. Подозрения в плохом отношении, в желании нанести ущерб, вредить или притеснить в правах и жизненном пространстве постепенно переходят у больных в непоколебимую бредовую убежденность. Как правило, бред систематизируется, хотя бредовая система остается простой и конкретной. Нередко в результате бредовой интерпретации фактов прошлого бред становится ретроспективным.

Больные с инволюционным параноидом испытывают галлюцинации тематического характера, например, слышат, как соседи за стеной переговариваются о способах причинения им вреда и неприятностей.

Больные убеждены в том, что преследователи проникают в их жилище, подменяют или прячут, а иногда и воруют вещи, но делают это обычно не для обогащения, а с целью издевательства, для того, чтобы выжить больных с

квартиры, вызвать заболевание, ускорить смерть и т.п. Довольно часто присоединяется бред отравления, в структуре которого основную роль играет интерпретация тех или иных соматических расстройств. В некоторых случаях бред отравления сопровождается чувственными обманами восприятия (обонятельными, вкусовыми иллюзиями или даже галлюцинациями). Часто встречается бредовая убежденность в отравлении газом, который, по мнению больных, преследователи пускают в комнату через щели, дверь и т.д. Эта убежденность обычно строится на объяснении различных соматических ощущений или обонятельных обманов. Наиболее частым мотивом «преследований и издевательств», которым якобы подвергаются больные, является стремление «преследователей» лишить их жилплощади. Таким образом, правомерно говорить о бреде преследования с ущербной мотивировкой.

Одновременно с маломасштабным бредом преследования развиваются разоблачительные идеи, направленные против «преследователей». Эти идеи порой достигают уровня бреда: например, соседи – «темные люди», мафия, преступники; члены семьи ведут распутный образ жизни и т.п. В то же время больные убеждены, что их оговаривают, распространяют о них порочащие слухи и т.д.

По мере развития болезни поведение становится все более бредовым, причем преобладают то меры пассивной защиты (установка дополнительных замков, хранение продуктов в комнате, сон при открытом окне для защиты от «газа», переселение и т.п.), то активная, часто сутяжная борьба, сопровождающаяся обращениями в милицию и другие органы с жалобами и заявлениями.

Иногда возникают бредовые идеи ревности. Они явно нелепы по содержанию: больной ревнует свою супругу к детям, ближайшим родственникам. Подтверждение своим болезненным переживаниям находят в мимике, жестах, отдельных фразах как самих «изменников», так и

посторонних людей. Требуют устных или письменных признаний, добиваются их с помощью агрессивных действий.

Фон настроения обычно ровный, но временами возможны проявления тревоги и подавленности. При перемене обстановки – обмен квартиры, госпитализация – бредовая продукция, как правило, прекращается, но критика к пережитому отсутствует и коррекция бреда не наступает. Вне сферы бреда больные обычно сохраняют социальные связи, обслуживают себя, полностью ориентируются в бытовых вопросах и ситуациях.

Судебно-психиатрическое значение: под влиянием бредовых переживаний больные могут совершать общественно опасные действия, например, попытки убийства мнимого врага, преследователя. При бреде ревности возможны агрессивные действия, направленные на «изменника» и (или) соперников. СПЭ рекомендует признать таких лиц невменяемыми.

Больные с идеями ущерба склонны к kleptomanii. Они совершают мелкие кражи в целях возмещения «потерянного» или «испорченного» имущества. Например, у одной больной, совершившей карманную кражу, дома было обнаружено более 1000 носовых платков, 50 перчаток на одну руку, большое количество футляров для очков.

7.3 Атрофические заболевания головного мозга

К этой группе расстройств относят сенильные и пресенильные деменции, которые рассматриваются как выражение патологического старения всего организма и мозга в частности. В развитии атрофических заболеваний головного мозга большую роль играет наследственный фактор. В качестве провоцирующих факторов могут выступать сбои в иммунной системе организма.

Анатомической основой является диффузная атрофия коры головного мозга и ряд сопутствующих ей морфологических изменений. При патологоанатомическом исследовании обнаруживают уменьшение массы

мозга до 1000 грамм и менее, истончение извилин, и расширение борозд, явления скопления жидкости в желудочках мозга и т.д.

Болезнь Альцгеймера. Болезнь Альцгеймера выявляется более чем у половины всех больных с деменциями. У женщин это заболевание встречается в два раза чаще, чем у мужчин. Заболеванию подвержено около 5% лиц старше 65 лет, однако заболевание чаще начинается с 50 лет. Болезнь занимает 4-5 место среди причин смерти в США и Европе.

Дебют болезни медленный, течение – прогрессирующее. В начальном периоде нередко затяжные и не поддающиеся лечению невротические состояния. Могут наблюдаться затяжные депрессивные эпизоды, острые и хронические параноидные состояния, в частности, с идеями ревности и ущерба.

На ранних этапах можно заметить своеобразное изменение мимики – «Альцгеймеровское изумление», при котором глаза широко раскрыты, мимика изображает удивление, мигание редкое. У больных ухудшается ориентировка в незнакомом месте, возникают затруднения в счете, письме. В целом создается впечатление снижения успешности социального функционирования.

Главными симптомами первой – манифестной стадии являются прогрессирующее расстройство памяти и реакция личности на когнитивный дефицит в форме депрессии, раздражительности, импульсивности. В поведении отмечается регрессивность: неряшливость, частые сборы «в дорогу», стереотипность, ригидность. В дальнейшем расстройства памяти перестают осознаваться. Амнезия распространяется на привычные действия, пациенты забывают бриться, одеваться, умываться. Тем не менее, в последнюю очередь нарушается профессиональная память.

Могут появиться неврологические нарушения: головные боли, головокружение, тошнота, что указывает на скопление жидкости в желудочках мозга. Прогрессивно теряется вес за короткий промежуток времени при сохранном или даже повышенном аппетите.

Иногда заболевание манифестирует остро в виде амнестической дезориентировки. Уходя из дома, пациенты не могут его найти, забывают свою фамилию и имя, год рождения, не могут прогнозировать последствия своих поступков. Период дезориентировки сменяется относительной сохранностью памяти.

На второй стадии к амнестическим нарушениям присоединяются апраксия, акалькулия, аграфия, афазия, алексия. Пациенты путают правую и левую стороны, не могут назвать части тела. Возникает аутоагнозия, и они перестают узнавать себя в зеркале. Меняется почерк и характер росписи.

Возможны эпилептические припадки и кратковременные психотические эпизоды. Если у больных в этот момент присоединяется инфекция (например, пневмония), то это может привести к делирию.

Начальная неловкость движений со временем превращается в неспособность к наиболее автоматизированным, жизненно необходимым действиям. Больные как бы разучиваются вставать, садиться, ходить. Они молча лежат, почти не меняя положения.

Продолжительность болезни от 1-2 до 8-10 лет. Чаще всего больные умирают от присоединившейся респираторной инфекции.

Судебно-психиатрическая оценка: достаточно грубые изменения в интеллектуально-мнестической сфере не позволяют этим больным осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий), либо руководить им. Соответственно, комиссия СПЭ рекомендует признать их невменяемыми.

Болезнь Пика. Заболевание описано А.Пиком в конце 19 века. Обычно начинается постепенно в возрасте 40-65 лет, чаще всего в 55-60 лет. Злоупотребление алкоголем может способствовать проявлению отдельных признаков заболевания в более ранние периоды. Заболевание встречается редко, в десятки раз реже болезни Альцгеймера, соотношение мужчин и женщин 1:2.

Заболевание протекает в три стадии, инициальные симптомы изучены мало. Продолжительность болезни до 10 лет.

На первой стадии отмечаются симптомы нарушения социального функционирования и симптомы немотивированных поступков. По мере их нарастания заметен явный лобный синдром. Наблюдается заострение эгоистической ориентации личности с растормаживанием инстинктов, которые не контролируются. Стремление к немедленной реализации инстинкта приводит к тому, что отдельные поступки больного выглядят странными, не соответствуют социальному окружению, идут вразрез с прежней направленностью его личности. Например, пациенты могут стать сексуально расторможенными, удовлетворяют свои физиологические потребности в публичных местах без всякого стеснения.

Возрастает значимость ригидных стереотипов поведения и своеобразного консерватизма. В речи - симптом граммофонной пластинки, при котором человек рассказывает одни и те же секреты, истории, анекдоты.

Эмоциональная жизнь характеризуется непродуктивной эйфорией (морией) или апатией. При нарастании лобной симптоматики апатия или мория сопровождаются уже не периодами, а постоянной инстинктивной расторможенностью, так называемым спонтанным «полевым» поведением. Амнестических расстройств нет, свое неправильное поведение больные объясняют надуманными мотивами, иногда просто признают факт нетерпения и невооруженности. В некоторых случаях расстройства при болезни Пика напоминают гебефренические. По виду присоединяющихся неврологических нарушений можно предполагать локализацию максимальной атрофии клеток головного мозга.

На второй стадии отмечаются очаговые симптомы в форме амнезии, афазии, апраксии, агнозии, акалькулии, и на этой стадии болезнь Пика трудно отличить от болезни Альцгеймера. В пользу болезни Пика могут говорить симптомы эхопраксии и эхолалии, а также гиперальгезия (повышенная болезненность) кожных покровов.

На третьей стадии отмечается маразм с переходом в вегетативную кому со сниженным мышечным тонусом.

Судебно-психиатрическая оценка: оценка зависит от стадии заболевания. В случае совершения противоправных действий больными на поздних стадиях болезни комиссия СПЭ рекомендует признавать их невменяемыми

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

Сенильная деменция обычно развивается в возрасте 65-85 лет, хотя возможно и более раннее развитие. Начало болезни почти всегда медленное, малозаметное для окружающих. Происходят характерологические изменения, которые напоминают личностные сдвиги, свойственные естественному старению, но отличающиеся от последних выраженностью, утрированностью, более быстрым прогрессированием. На инициальном этапе индивидуальные психологические особенности заостряются, а в дальнейшем сглаживаются. Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия (сенильная психопатизация личности). Больные становятся в характерологическом отношении похожими друг на друга. Им свойственны карикатурный эгоцентризм, черствость, скупость, собирательство старых вещей. Пропадают прежние увлечения и интересы. Одновременно растормаживаются элементарные биологические потребности. Неумеренно усиливается аппетит. Появляется своеобразная гиперсексуальность в виде повышенного интереса к молодым лицам противоположного пола, склонности к разговорам на эротические темы, а иногда и попыток развратных действий с малолетними. Настроение преобладает угрюмо-раздражительное. В целом душевная жизнь становится все более примитивной и однообразной.

Уже на начальном этапе заболевания возникают признаки мнестико-интеллектуальной недостаточности, которая неуклонно нарастает, выступает на первый план и со временем достигает уровня глубокого слабоумия, распада всей психической деятельности.

В первую очередь страдает механическая память. Далее выявляется фиксационная амнезия, приводящая сначала к дезориентировке во времени, а затем и в окружающей обстановке. Значительно позднее расстраивается ориентировка в собственной личности, иногда доходящая до неузнавания собственного отражения в зеркале. Последующие расстройства памяти развиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии. Запасы памяти утрачиваются в направлении от недавно приобретенных, менее прочных знаний и навыков, ко все более старым и автоматизированным. Со временем память опустошается настолько, что больные не знают, где живут, сколько у них детей, не помнят их имен, не могут назвать свой возраст, профессию. Пробелы в памяти часто заполняются ложными воспоминаниями (замещающими конфабуляциями).

Нарушения мышления, начинающиеся с трудностей при абстрагировании и обобщении, установлении причинно-следственных связей, также нарастают и доходят до непонимания простейших вопросов, невозможности осмысления окружающей обстановки. Речь сравнительно долго остается упорядоченной, однако со временем и она грубо расстраивается, превращается в бессмысленную болтовню.

Восприятие постепенно становится все более нечетким, расплывчатым.

У части больных возникает «сдвиг ситуации в прошлое». У них полностью утрачивается память о последних годах, десятилетиях, а затем и большей части своей жизни. Одновременно оживляются воспоминания о юности, молодости и в этом ракурсе воспринимают и оценивают происходящее вокруг них. Утверждают, что им не 80 лет, а 20, что недавно вышли замуж и имеют малолетних детей. Обстановку больничной палаты принимают за квартиру, в которой когда-то жили. Узнают в окружающих давно умерших родственников, друзей.

Характерно извращение структуры сна: продолжительный дневной сон сочетается с ночной бессонницей, ночными хождениями, суебливостью.

Ночью нередко возникают эпизоды спутанного сознания – ложная ориентировка в ситуации ведет к сборам в дорогу и уходам из дома.

Настроение неустойчивое, на ранних этапах заболевания с тенденцией к снижению, на поздних, по мере нарастания органических расстройств, преобладает эйфория, тупая беспечность.

Поведение больных в начале патологического процесса относительно упорядоченное. Позже появляется суетливость, бестолковость. Теряются навыки самообслуживания, не соблюдается личная гигиена. На этом этапе такие пациенты представляют определенную опасность для себя и окружающих: например, они могут уйти из дома и забыть обратный адрес, допускают по неосторожности возгорания, заполняют жилище газом, забыв выключить газовую плиту и т.д.

Течение сенильной деменции непрерывное, иногда волнообразно-прогрессирующее. Часть больных доживает до стадии маразма. На этой стадии они практически непрерывно лежат в позе эмбриона, недоступны речевому контакту.

Судебно-психиатрическая оценка: в случае совершения противоправных действий больными с сенильной деменцией должна проводиться оценка глубины интеллектуально-мнестического дефекта в каждом конкретном случае.

Контрольные вопросы:

1. Какие изменения происходят в человеческой психике при старении?
2. Как проявляется инволюционная меланхолия?
3. Что такое бред Котара?
4. Что такое инволюционный параноид и какова его судебно-психиатрическая оценка?
5. Какие бывают дегенеративные заболевания головного мозга?
6. Как проявляется старческое слабоумие?

8. Умственная отсталость. Судебно-психиатрическая оценка лиц с умственной отсталостью

8.1 Признаки умственной отсталости

Умственная отсталость (олигофрения) – это врожденное или рано (в первые три года жизни) приобретенное слабоумие. В мире около 4% населения страдает олигофренией в той или иной степени.

Причиной возникновения олигофрении чаще всего бывают:

1. хромосомные аномалии (болезнь Дауна);
2. нарушения обмена веществ (фенилкетонурия, кретинизм);
3. внутриутробные повреждения плода (алкоголь, инфекция, механическая травма).

Кроме того, исследователи часто затрудняются определить причину возникновения данной умственной патологии.

Клиническая картина умственной отсталости складывается не только из общей психической неполноценности, но и из различных неврологических и соматических симптомах, что является показателем недоразвития и неправильного развития не только головного мозга, но и всего организма.

Больные с умственной отсталостью имеют характерный внешний вид:

- непропорциональное телосложение;
- микро- или макроцефалию;
- короткие конечности и их искривление, из-за чего движения больных становятся угловатыми, часто плохо координированными;
- стигмы, свидетельствующие о недоразвитии: волчья пасть, заячья губа, третье веко, полидактилия, низко посаженные уши, низкая линия роста волос сзади, кожная складка на шее («шея сфинкса»);
- недоразвитие речи: задержка появления первых слов и фразовой речи, косноязычие, бедность интонаций.

Нарушения отмечаются практически во всех сферах психики.

В сфере восприятия – очень часто различные дефекты органов чувств (слабое зрение, глухота и т.д.). Активное внимание снижено.

Снижение интеллекта является ведущим в этой патологии. Мышление у таких больных конкретное, они не способны абстрагироваться. Запас знаний весьма скуден и ограничивается бытовыми понятиями. Затрудняется приобретение нового опыта, усвоение новых понятий.

У больных отмечается явная недостаточность критического отношения к себе и ситуации, неспособность понять целесообразность своих поступков и предвидеть их последствия. Эмоциональное переживание ограничивается интересами, имеющими к ним непосредственное отношение, т.е. удовлетворение элементарных потребностей. Они редко испытывают недовольство собой, состояние вины. Недоразвита воля. У таких больных отмечается своеобразное сочетание внушаемости, пассивной подчиняемости и упрямства, импульсивности. Эгоцентризм, возбудимость могут быть у внушаемых и робких больных.

В связи с тем, что в основе умственной отсталости лежит повреждение головного мозга, у больных могут наступать декомпенсации психического состояния. Психотравма, телесная болезнь, переутомление и т.д. могут вызывать у больных олигофренией нарушения сна, тревогу, расстройства настроения.

Высокая температура при лихорадке, алкоголь и наркотики приводят к транзиторным психотическим расстройствам в виде зрительных галлюцинаций, двигательного возбуждения, страха, депрессии.

По глубине и тяжести психических нарушений, независимо от происхождения, умственную отсталость делят на три степени.

1. Идиотия – наиболее тяжелая форма. Речь часто отсутствует, больные плохо понимают обращенную к ним речь. Нередко их единственной речевой реакцией на окружающие раздражители являются протяжные или отрывистые крики или мычание.

Заметные нарушения двигательной сферы: из-за пороков развития скелета, недоразвития мышц им трудно передвигаться самостоятельно. Большую часть времени они сидят в однообразной позе, стереотипно раскачиваясь, либо совершая другие стереотипные движения.

Настроение пассивно-равнодушное, иногда сменяется кратковременными вспышками ярости, хаотичного возбуждения. Обычно такая реакция наблюдается на чувство голода.

Идиоты совершенно необучаемы, себя не обслуживают, так как не владеют элементарными навыками гигиены.

В плане совершения правонарушений идиоты не представляют опасности. Скорее они сами могут оказаться жертвой.

2. Имбецильность – нарушения в психической сфере менее выражены, чем при идиотии. Больные могут произносить короткие фразы, понимать обращенную к ним чужую речь. Словарный запас их может достигать примерно 200 слов.

Они обнаруживают элементарные, но все же разнообразные и дифференцированные реакции на внешние раздражители, способны ориентироваться во внешней обстановке.

Новое воспринимают с большим трудом. Чтобы научить их ухаживать за собой или выполнять простую работу необходимо потратить много сил и времени. Некоторые из имбецилов способны обучаться во вспомогательной школе, но усваивают лишь простейший счет, чтение по складам, начертание отдельных букв и цифр.

Эмоциональные реакции малодифференцированы, в основном возникают в ответ на низшие влечения (голод, жажду, холод).

Имбецилы очень сильно зависят от тех, кто о них заботится. Поведенческие акты непоследовательны, импульсивны, нет какого-либо плана и прогноза своих действий, совершенно отсутствует инициатива и самостоятельность. Они могут ориентироваться в знакомой обстановке, но совершенно теряются в новой ситуации.

Имбецилы при совершении общественно опасных действий не могут сознательно регулировать свое поведение, их действия характеризуются импульсивностью, неосознаваемой подражательностью, внушаемостью и пассивной подчиняемостью другим лицам. Под влиянием других асоциальных лиц они могут совершить кражу, поджог.

У имбецилов бывают эпизоды сексуального возбуждения и они могут совершить сексуальный деликт (изнасилование, эксгибиционизм, публичная мастурбация и т.д.).

Имбецилы не понимают противоправность своих действий, грубо нарушена критическая оценка своего состояния, СПЭ рекомендует признавать их невменяемыми.

Подростки с имбецильностью иногда становятся жертвами сексуальных посягательств, в связи с этим их направляют на СПЭ для решения вопроса о возможно правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания. Экспертиза таких лиц должна быть строго дифференцированной, в каждом случае требуется оценивать глубину интеллектуального и волевого дефектов.

3. Дебильность – легкая степень умственной отсталости. Недоразвитие психических функций варьирует от заметных, лежащих на границе с имбецильностью, до легких, практически трудно отличаемых от нижней границы нормы. Часто такой диагноз выставляют лишь когда ребенок поступает в школу и усваивает программу, особенно по математике.

В ряде случаев такие дети с раннего возраста обращают на себя внимание: недоразвитие моторики, особенно тонкой, задержка становления речи.

Дебилы способны обучаться во вспомогательной школе. Их можно научить некоторым видам неквалифицированного труда. Они могут жить самостоятельно, вполне себя обслуживать и даже заводить собственную семью.

Дебилы способны обобщать жизненный опыт, делать несложные умозаключения и практические выводы. В несложных жизненных ситуациях они проявляют достаточную целенаправленность и активность. При легкой дебильности они правильно оценивают ситуацию, могут прогнозировать последствия своих действий, показывают достаточный уровень критических способностей.

Судебно-психиатрическая оценка олигофрении

Больные олигофренией могут совершать весьма разнообразные правонарушения.

А) Правонарушения, связанные с ситуацией, которая требует разумной оценки и принятия взвешенных решений.

Больные оказавшись в усложненной обстановке, перед проблемами, выходящими за круг обычных и повседневных, не могут иногда самостоятельно найти оптимальный выход из положения и предпринимают действия, представляющие общественную опасность. Например, чтобы согреться больной развел в доме костер, что привело к пожару. Эти пациенты не могут предвидеть прямые и косвенные последствия своих действий.

Б) Из-за повышенной внушаемости и пассивной подчиняемости совершают противоправные действия под влиянием других лиц (особенно асоциально направленных), например, кражи.

Чаще всего перед судебными психиатрами предстают лица с дебильностью. Они могут быть как обвиняемыми, так и потерпевшими.

В случае, когда дебилы предстают в качестве обвиняемых, вопрос об их вменяемости решается в зависимости от глубины поражения интеллекта. Довольно часто дебилов рекомендуют признавать вменяемыми.

Если дебилы выступают как потерпевшие, то эксперты оценивают возможность их целенаправленно и осознанно руководить своим поведением и высказываниями в судебно-следственной ситуации. В период проведения следствия такие потерпевшие могут растеряться, давать путанные и противоречивые показания, менять под внушением посторонних лиц.

Контрольные вопросы:

1. Какие причины могут приводить к умственной отсталости ребенка?
2. Каковы клинические проявления идиотии?
3. Каковы клинические проявления имбецильности?
4. Как проявляется легкая степень умственной отсталости?
5. Судебно-психиатрическая оценка больных с умственной отсталостью

9. Синдром зависимости от алкоголя. Интоксикационные психозы. Психические нарушения в результате употребления психоактивных веществ

Синдром зависимости от алкоголя (хронический алкоголизм) - это болезнь в результате злоупотребления алкоголем в таких дозах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе и нарушению семейных взаимоотношений и общественной жизни и к расстройствам физического и психического здоровья.

Алкоголизм представляет собой одну из форм токсикомании, характеризуется пристрастием к употреблению веществ, содержащих этиловый спирт, развитием психической и физической зависимости, абстинентного синдрома, психической, физической и социальной деградацией личности. Как и всякая другая болезнь, алкоголизм не возникает вдруг, а имеет свои доклинические проявления – бытовое пьянство.

Основное действие алкоголя – опьяняющее. Результат действия алкоголя определяется не только абсолютной дозой принятого спиртного напитка, но и его крепостью. При действии таких крепких напитков, как водка, максимальная концентрация алкоголя в крови достигается в пределах часа. При этом опьянение развивается быстро и более выражено.

Алкоголь не оказывает возбуждающего действия на высшую нервную деятельность. Напротив, он угнетает оба основных процесса – и тормозной, и раздражительный. Но воздействие на первый сильнее и опережает по времени его влияние на второй. Отсюда и проистекает картина алкогольного возбуждения. Уже малые дозы алкоголя угнетают тормозной процесс, а это ведет к тому, что соотношение между ним и раздражительным процессом нарушается в пользу последнего. Таким образом, наблюдаемое возбуждение есть результат снятия тормозов, а не стимуляция в прямом смысле слова.

Алкоголь чужд организму, поэтому биохимические механизмы человека, естественно, не «настроены» на его усвоение, а отрицательная реакция на алкоголь отчетливее проявляется при первых приемах спиртных

напитков – возникают тошнота, чувство дурноты, рвота и т.д. Со временем после «встреч» с алкоголем в печени образуется специфический фермент – алкогольдегидрогеназа, который обезвреживает алкоголь, расщепляя его до воды и углекислоты. Интересно, что подобная функция не свойственна печени детей и подростков. Вот почему в этом возрасте алкоголь особенно токсичен и вызывает необратимые изменения во внутренних органах. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, со временем развивается цирротическое перерождение печени, при котором резко уменьшается выработка фермента алкогольдегидрогеназы. С этим связано быстрое их опьянение от небольших доз спиртного.

9.1 Виды алкогольных опьянений

В судебно-психиатрической практике принято различать простое алкогольное опьянение, которое отграничивают от патологического опьянения.

Состояние простого алкогольного опьянения характеризуется в первую очередь замедлением течения ассоциаций, начинающий приобретать и более поверхностный характер, что влечет за собой снижение качества интеллектуальной работы. С увеличением дозы принимаемого алкоголя настроение поднимается, начинает нарастать картина пьяного возбуждения, как в психической, так и в моторной деятельности. Характерными проявлениями этого состояния, еще относимого к легкому опьянению, являются повышенный, эйфоричный фон настроения с общим чувством беспечности, благодушия, веселья, развязности, склонности к шутовству и дурачеству. Одновременно пьяные часто обнаруживают озорство, стремление покуражиться. Повышенное самомнение, хвастливость, стремление показать себя человеком особенным, имеющим большие заслуги, призванным подчинять и командовать, часто приводят пьяных к конфликтам с окружающими. Этому способствует и появляющаяся повышенная обидчивость и как следствие ее – задиристость и драчливость. У многих

пьяных это состояние ведет к расторможенности в сексуальных проявлениях. Наблюдаются плоские шутки, циничные замечания, ругань. В состоянии опьянения человек очень часто оскорбляет словом и действием окружающих, что является основной причиной всякого рода скандалов, драк и хулиганских поступков. При дальнейшем усилении опьянения агрессивные тенденции переходят в пьяное буйство, что может повлечь за собой тяжкие преступления вплоть до убийства.

Во многих случаях, несмотря на выраженные признаки алкогольной интоксикации, пьяные, как правило, способны осознавать свои действия и руководить ими. В тех же случаях особо тяжелого опьянения, когда очевидно теряется эта способность, о вменяемости следует говорить потому, что как бы ни была тяжела при простом опьянении алкогольная интоксикация, она не приводит к возникновению сумеречного расстройства сознания, к галлюцинаторным и бредовым переживаниям и к иным психотическим состояниям. К тому же опьянение как отравление алкоголем есть патологическое состояние произвольно вызываемое, причем произвольно вызвана и сама его тяжесть, всецело определяющаяся количеством выпитого алкоголя, принимаемого по совершенно определенным мотивам – поднять свое настроение, добиться получения приятных ощущений.

Патологическое опьянение – это кратковременное расстройство психической деятельности (исключительное состояние), возникающее в связи с приемом алкоголя и характеризующееся рядом типичных для него признаков. Для патологического опьянения характерно внезапно наступающее изменение сознания типа сумеречного расстройства, в клинической картине которого сочетаются признаки сумеречного помрачения сознания и галлюцинаторно-бредовые переживания, в результате чего возникает искаженное восприятие и бредовая трактовка окружающего. Обычно отмечается резко выраженная аффективная напряженность – безотчетный страх, тревога, растерянность, гнев. Поступки больных оторваны от реальной ситуации и полностью определяются фабулой

болезненных переживаний. Определяющим признаком для отграничения просто алкогольного опьянения от патологического является установление характера нарушения сознания, качественно отличающего от оглушенности при простом опьянении.

Совершаемые в состоянии патологического опьянения общественно опасные действия не являются реакцией на какие-то реальные события. В основе их лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. У больных в этом состоянии не нарушаются нервно-психические механизмы, регулирующие сложные автоматизированные навыки и равновесие, поэтому лица с патологическим опьянением могут совершать довольно ловкие и сложные движения, направленные на реализацию болезненных общественно опасных действий. У них сохраняется способность совершать сложные целенаправленные поступки, пользоваться транспортом, правильно находить путь к дому т.д. Заканчивается патологическое опьянение, как правило, внезапно, так же, как и начинается, иногда переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или сохраняются отрывочные воспоминания о пережитом.

Патологическое опьянение в судебно-психиатрической практике расценивается как психоз. Лица, совершившие противоправное действие в патологическом опьянении, признаются невменяемыми.

9.2 Клинические проявления синдрома зависимости от алкоголя

Синдром зависимости от алкоголя – это тяжелое нервно-психическое заболевание, при котором у человека развивается болезненное влечение к спиртным напиткам, со временем принимающее навязчивый характер, возникает острая «необходимость» опохмелиться. Потребность в опохмелении у таких больных настолько острая, что если их в этом не удовлетворить, они не в состоянии не только работать, но и вообще двигаться.

Хроническое употребление алкоголя разрушает весь организм пьющего. Страдают почти все жизненно важные органы, такие как печень, сердце, почки, пищеварительные органы и др. Все это неизбежно ведет к превращению хронического алкоголика в соматического больного. Но преимущественным образом вредное действие алкоголя сказывается на центральной нервной системе и в первую очередь на ее высшем отделе – коре больших полушарий мозга. Это приводит к деградации всей личности и к возникновению особых алкогольных психозов. Разрушающее действие алкоголя на личность пьянствующего сказывается прежде всего на эмоциональной сфере. Происходит определенное огрубление личности: развивается черствость, эгоизм, безразличие не только к окружающим, но и к страданиям своей семьи. Эмоциональная неустойчивость проявляется в способности очень быстро переходить от благодушия и веселья к грусти и злобе. Хронический алкоголик не терпит никаких возражений. Малейшее сопротивление его домогательствам вызывает у него чувство ярости. В то же время часто общий фон настроения несет на себе отпечаток эйфории с некритическим отношением к своему положению. Появляется склонность к шутовству, балагурству, причем содержанием этого юмора как раз является то, что у здорового человека не может вызвать смеха. Алкоголик делает предметом шутки, как свое собственное падение, так и все те огорчения и боль, которые он причиняет своим родным. Такого рода юмор составляет довольно типичное явление для сниженного интеллекта хронического алкоголика.

Совершенно очевидно, что все эти свойства психики хронических алкоголиков чрезвычайно часто приводят к нарушению закона. Хулиганские поступки, оскорбления словом и действием, сексуальные правонарушения, воровство, прямые бандитские преступления - вот основной перечень правонарушений, совершаемых хроническим алкоголиком. Судебно-психиатрическая оценка этого состояния, как правило, не представляет особого затруднения. Хотя здесь и имеются определенные изменения

личности, но в основном они сводятся к изменению характера, не лишаящему алкоголика способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Так что в отношении совершенных правонарушений хронические алкоголики в подавляющем большинстве случаев признаются вменяемыми. Редкими исключениями являются только те случаи, когда имеется картина выраженного слабоумия. Следует заметить, что это чаще наблюдается уже в более пожилом возрасте и, как правило, сопровождается выраженным артериосклерозом головного мозга. В тех случаях, когда эти органические деструктивные нарушения уже свидетельствуют о психической болезни, вменяемость за содеянное, естественно, исключается.

Синдром зависимости складывается из симптомов патологического влечения к алкоголю, толерантности к алкоголю, утраты самоконтроля, абстинентных явлений.

Патологическое влечение к алкоголю представляет собой одно из наиболее ранних проявлений заболевания. Выделяют 2 типа влечения: obsessивный и компульсивный. Первый тип является выражением навязчивого стремления к употреблению алкоголя, возникает в самом начале заболевания и определяет формирование психической зависимости. Компульсивное влечение развивается позже, по силе выраженности достигает степени физиологической потребности (подобно чувству жажды и голода) и определяет физическую зависимость от алкоголя.

Сила и выраженность болезненного влечения к алкоголю могут проявляться различно у разных людей одно только воспоминание о выпивке вызывает оживление мимики, появление глотательного рефлекса. Больные говорят, что им будто чего-то не хватает. Влечение зависит от: дозы и крепости спиртных напитков, частоты употребления, индивидуальной реактивности организма на алкоголь, психического склада индивидуума и других факторов.

Утрата самоконтроля и контроля над количеством выпитого алкоголя также является ранним симптомом алкоголизма. Под влиянием

растормаживающего действия даже небольших доз алкоголя у больных возникает потребность принять его в еще больших количествах, которая обычно нарастает до такой степени, что выраженность опьянения делает физически невозможным дальнейшее поглощение спиртных напитков.

Толерантность к алкоголю не является постоянной величиной, она колеблется не только у разных людей, но также у одного и того же индивидуума. Степень ее зависит от возраста, пола функционального состояния коры головного мозга, типа нервной системы, эмоционального фона и многих других факторов. При тяжелых стадиях наблюдается интолерантность, т.е. больные пьянеют от значительно меньших, чем прежде доз спиртного.

Алкогольный абстинентный синдром является наиболее убедительным признаком наличия наркоманической зависимости. В народе это состояние называется «похмелье». Абстинентный синдром возникает не сразу, а формируется в течение значительного времени, чаще всего через 3-5 лет и более, но возможно и сокращение этого срока до года. Он возникает обычно на следующий день после выпивки и означает сформировавшуюся для организма алкоголика потребность поддерживать постоянной определенную концентрацию этанола в крови. Именно поэтому прием очередной дозы алкоголя купирует абстинентные расстройства и на некоторое время улучшает самочувствие.

Наиболее распространено деление алкоголизма на три стадии: начальную, среднюю и конечную. Каждая стадия характеризуется типичными для нее признаками – симптомами и синдромами.

Начальная (неврастеническая) стадия. Признаки начальной стадии алкоголизма отличают алкоголизм от бытового пьянства. У подавляющего большинства больных первая стадия алкоголизма формируется в возрасте до 25 лет.

Одним из ранних и существенных признаков начальной стадии алкоголизма являются патологическое влечение к алкоголю, носящее

навязчивый характер, признак снижения, а затем и утраты контроля за количеством употребляемого алкоголя.

В отличие от бытового пьянства психическая зависимость от алкоголя выражается в форме навязчивого влечения. Больные не только не упускают любой повод выпить (различные торжества, праздники и тому подобные ситуации), но и сами стараются создать ситуацию, в которой выпивка была бы уместной. Повышенное влечение проявляется в той активности, инициативе, с которой больные берут на себя организацию застолья. При этом возникают положительный фон настроения, расторможенность, приятные воспоминания, связанные с предыдущими выпивками.

На стадии бытового пьянства сохраняется возможность контролировать количество употребляемого алкоголя – «пить в меру». Сдерживающими мотивами являются, с одной стороны, представления о последствиях передозировки (тошнота, рвота), что отражает исходный уровень толерантности, с другой – разумные опасения произвести нежелательное впечатление на окружающих, быть «не в форме» на следующий день. Снижение количественного контроля в I стадии алкоголизма определяется изменениями как в биологической сфере (повышение толерантности), так и в сфере психического функционирования (волевое снижение, снижение критики и др.).

На I стадии заболевания состояние опьянения всегда приятно для больного, что вовсе необязательно для не алкоголика, но, чтобы достичь его, необходимо интенсивное наращивание доз спиртного. Внешне это выражается в том, что больные проявляют нетерпеливость в начале застолья, торопятся с тостами, неразборчивы в отношении качества спиртных напитков, стремятся обязательно выпить все купленное и по возможности добавить еще.

Начальным симптомом алкоголизма является утрата защитного рвотного рефлекса – исчезновение рвоты при передозировках спиртных

напитков. Изменяется толерантность к алкоголю – наблюдается ее повышение, способность принимать все большие дозы спиртных напитков.

Уже в начальной стадии алкоголизма могут иметь место палимпсесты – симптомы расстройства памяти, заключающиеся в невозможности больным воспроизвести отдельные детали и события, имевшие место во время алкогольного опьянения.

У части больных меняется характер – они становятся злобными, навязчивыми, обидчивыми, нередко подозрительными.

Все эти симптомы психопатологических расстройств начальной стадии алкоголизма возникают и существуют на фоне нарастающего и углубляющегося абстинентного синдрома. Основными проявлениями его являются слабость, вялость, быстрая утомляемость, расстройство внимания, истощаемость интеллектуальных процессов и головные боли. Все это приводит к тому, что у больных ухудшается качество работы. У них рано возникают и нарастают расстройства сна. Они долго не засыпают, сон поверхностный, прерывистый, с частыми сновидениями, нередко устрашающего характера. После сна отсутствует чувство бодрости. Появляются и становятся постоянными раздражительность и беспричинная вспыльчивость, конфликты с окружающими.

Длительность первой стадии алкоголизма в среднем составляет от 1 года до 5 лет в зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем. Уже на начальной стадии алкоголизма имеются функциональные соматоневрологические нарушения: вегетососудистая дистония, эзофагиты, гастриты, колиты, нарушение функции печени, начальные явления гепатита, панкреатиты. В этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому.

Средняя стадия (абстинентная) характеризуется усилением патологического влечения к алкоголю, которое приобретает характер непреодолимости, насильственности. Больной уже не пытается бороться с возникшим желанием выпить, а пассивно подчиняется ему.

Патологическое влечение к алкоголю во II стадии носит неудержимый, компульсивный характер. Если стремление к употреблению спиртных напитков у больных в начальной стадии продиктовано стремлением получить удовольствие или преодолеть психологические издержки стрессовой ситуации, то мотивом приема алкоголя во II стадии становится потребность испытать чувство физического комфорта, облегчить свое состояние.

Симптомы, свойственные начальной стадии алкоголизма не исчезают, а усиливаются или претерпевают те или иные изменения при формировании средней стадии алкоголизма. Наиболее характерным является абстинентный синдром (похмельный синдром). Он возникает у больного через несколько часов или суток после прекращения длительной алкогольной интоксикации. Степень его выраженности может быть различной, однако по мере развития заболевания клинические проявления имеют тенденцию к утяжелению. Наиболее легкие случаи характеризуются картиной астеновегетативных расстройств (потливость, тахикардия, снижение аппетита). Хотя и с трудом, больные еще могут справиться с желанием опохмелиться или отсрочить его до более подходящего момента – после работы, вечером. Утяжеление клинических проявлений абстиненции выражается в нарушениях сердечного ритма, колебаниях артериального давления. Нарушается координация движений, возникает тремор, становятся неравномерными сухожильные рефлексы. Желание опохмелиться характеризуется непреодолимостью и реализуется, несмотря на затруднения социально-этического порядка. Абстинентный синдром в наиболее тяжелой форме сопровождается психическими расстройствами. Отмечаются снижение настроения, чувство тревоги, напряженности, патологические идеи отношения, виновности, суицидные мысли. Расстройства сна сопровождаются кошмарными сновидениями, ощущениями падения, удушья, страха. Указанные явления наблюдаются несколько суток, вынуждая больного к постоянному стремлению опохмелиться.

Толерантность к алкоголю в средней стадии повышается и достигает своей высоты и может не меняться годами. Суточная доза употребления достигает 1,5-2 литра водки. Отмечается дальнейшее изменение картины алкогольного опьянения. Настроение в состоянии опьянения приобретает все более раздраженно-злобный характер со склонностью к агрессии по отношению к окружающим. Утрата контроля за количеством потребляемого алкоголя возникает после приема самых малых доз спиртных напитков.

Сочетание непреодолимого влечения к алкоголю с утратой количественного контроля и абстинентным синдромом обуславливает изменение формы пьянства. Наиболее часто в этой стадии больные употребляют алкоголь практически ежедневно в дозах, которые вызывают состояние выраженного опьянения, или пьют запоями от нескольких дней до нескольких недель с перерывами в несколько недель между запоями.

В средней стадии алкоголизма особыми проявлениями течения заболевания являются псевдозапой. Запой, периодичность которых связана не с биологическими, а с чисто внешними ситуационными причинами, получили название псевдозапоев (ложных или ситуационных). Такие запои могут начинаться в конце недели, при получении зарплаты, после ухода в отпуск, по случаю семейных торжеств или каких-либо неприятностей. Внешние причины – административное наказание, семейный конфликт – обуславливают их прекращение. Псевдозапой не имеют периодичности. Обычно они значительно длиннее истинных и продолжаются от нескольких дней до нескольких недель. В промежутках между запоями больные алкоголь, как правило, не употребляют.

Практически каждое опьянение заканчивается амнезией его заключительного этапа.

Все эти расстройства развиваются на фоне все более нарастающей деградации личности. Становятся грубее характерные для начальной стадии изменения личности больного, нарастает эгоизм. Для получения средств на выпивку игнорируются интересы семьи, коллектива, общества. Усиливаются

мнестико-интеллектуальные расстройства, появляется цинизм, плоский юмор. Все более ухудшаются внимание, память. Мышление становится все более однообразным, конкретным, с поверхностными ассоциациями, которые сводятся к алкогольной тематике.

Грубо нарушаются волевые процессы: клятвы, обещания прекратить пьянство тут же забываются. Отсутствует чувство вины перед близкими и родными. Все прежние интересы утрачиваются, доминирующей потребностью являются алкогольные напитки.

На этой стадии алкоголизма нередко возникают острые алкогольные психозы. Продолжительность этой стадии составляет в среднем 3-5 лет.

Конечная (энцефалопатическая) стадия. Эта стадия характеризуется дальнейшим видоизменением и утяжелением симптомов предшествующих стадий алкоголизма и проявлением новой симптоматики.

Влечение к алкоголю теряет тягостный характер, становится менее навязчивым. Насильственное влечение к алкоголю возникает в результате малозначимых психогенных факторов. Даже небольшая доза алкоголя приводит к безудержному алкогольному влечению.

Толерантность к алкоголю снижается, т.е. состояние опьянения возникает от более малых доз алкоголя по сравнению с начальной и средней стадиями заболевания; преобладает физическая зависимость от алкоголя по сравнению с психической. Высокая толерантность больных к большим дозам алкоголя рассматривается как широко распространенный в природе процесс адаптации сложных организмов к экзогенным воздействиям, как изменение реактивности на алкоголь ряда систем и органов, прежде всего резистентности головного мозга на повторное вредное воздействие. Больные перестают испытывать чувство радости, удовольствия при употреблении алкоголя. В то же время в связи с утяжелением абстинентного синдрома физическое влечение к алкоголю становится совершенно непреодолимым. Окончательно теряется ситуационный контроль, и в попытках раздобыть очередную порцию алкоголя больные не останавливаются не перед чем.

Часто они прибегают к использованию суррогатов, различных жидкостей, продающихся в аптеках, парфюмерных магазинах. Влечение к алкоголю может быть настолько сильным, что больные готовы употреблять любые, даже заведомо ядовитые вещества, если они содержат ничтожный процент алкоголя.

Для энцефалопатической стадии алкоголизма характерны ежедневное злоупотребление дробными дозами алкоголя (до 150 мл через несколько часов) или истинные запои, когда больные пьют по нескольку дней. При этом по мере продолжительности запоя толерантность больных к алкоголю прогрессивно снижается. Если дозы достигают 1 литра водки в первые дни запоя, то в конце запоя они снижаются до 100-150 мл в день. Такой запой вследствие физической непереносимости алкоголя заканчивается из-за рвоты или возникающих состояний резкого падения давления. Истинные запои характеризуются цикличностью. Светлые промежутки между запоями, когда больной не употребляет алкоголь, колеблются от нескольких дней до нескольких недель.

На этой стадии алкоголизма наиболее выражены проявления алкогольной деградации личности. Больные теряют морально-этические нормы поведения. У них исчезает интерес к окружающему. Нарастают и углубляются формирующиеся на средней стадии алкоголизма мнестико-интеллектуальные расстройства. Происходит обеднение всей психической деятельности. Падает работоспособность, больные могут выполнять только неквалифицированную работу, опускаются, не следят за своей внешностью, ходят грязными, небрежно одетыми. Часто совершают правонарушения.

В этой стадии нередко возникают идеи ревности, принимающие болезненный характер. В период опьянения эти идеи настолько овладевают больными, что они могут быть социально опасными, совершать агрессивные действия. Больные часто становятся беспомощными, плохо питаются, значительно худеют. Для конечной стадии алкоголизма характерны хронические алкогольные психозы. Наиболее частым алкогольным психозом

является алкогольный делирий (белая горячка), который возникает обычно на фоне абстиненции вечером или ночью и сопровождается дезориентировкой во времени и пространстве, яркими образными зрительными галлюцинациями (змеи, мыши, черти и т.д.), психомоторным возбуждением, чувством страха, вегетативными проявлениями (потливость) и выраженным тремором рук.

Следует особо выделить такие черты алкоголиков на третьей стадии развития болезни, как подозрительность, недоверчивость, повышенная мнительность, готовность к болезненной фиксации ошибочных утверждений. В мотивационной сфере изменяется содержание потребностей и перестраивается иерархия мотивов. Алкоголь становится мерилем для оценки успешности действий ради удовлетворения потребности в нем, для того или иного отношения ко все большей части окружающей действительности. Со временем оценка того, что окружает больного, начинает более или менее зависеть от того, помогает или нет данный предмет, действие, человек удовлетворению потребности в алкоголе. Алкоголь становится ведущим мотивом поведения.

Перестройка системы мотивов сопровождается возрастанием психической зависимости от алкоголя и нарушением структуры деятельности, которая все больше подчиняется необходимости приобретать спиртные напитки. Потребность в алкоголе становится доминирующей в мотивационной сфере. Исчезают дальние мотивы, а поведение регулируется ближними, среди которых основной и смыслообразующий – алкоголь. Развиваются нарушения опосредования потребности в алкоголе, в связи с чем становится необходимой немедленная выпивка. Это толкает алкоголика на получение нужных материальных средств всеми доступными ему способами, в том числе противоправными.

9.3 Алкогольные психозы

Алкогольные психозы – психозы, возникновение и развитие которых связаны с синдромом зависимости от алкоголя.

Алкогольные психозы – различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности, возникающие во II и III стадиях алкоголизма. Алкогольный психоз развивается не в связи с непосредственным действием алкоголя, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена. В частности, наиболее распространенные психозы – делирии и галлюцинозы – возникают, как правило, не в период запоев, т.е. на высоте алкогольной интоксикации, а во время абстиненции, когда содержание алкоголя в крови резко снижается. У лиц, не страдающих алкоголизмом, алкогольные психозы не появляются даже при исключительно больших дозах спиртного. Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности – травмы, острые инфекционные заболевания, психические стрессы, способствующие развитию психотической реакции со стороны измененной центральной нервной системы больных алкоголизмом.

Алкогольный делирий (белая горячка). Более 150 лет тому назад был описан алкогольный психоз, возникающий у людей, злоупотребляющих в «белым вином», т.е. водкой. Это и послужило поводом к тому, что описанное состояние было названо «белой горячкой». Между тем в последствии эти состояния наблюдались при употреблении всеми спиртными напитками, в том числе виноградными винами и пивом. Как указывает И.В. Стрельчук в зависимости алкогольный делирий может быть abortивным (и длиться от нескольких часов до суток); классическим вариантом белой горячки длительностью от 2 до 7 дней; затянувшимся от 1 недели до нескольких месяцев; рецидивирующим, когда приступы наблюдаются многократно, и хроническим, длительность свыше года. Белая горячка является наиболее частым острым алкогольным психозом, возникающим у хронических алкоголиков в результате длительного злоупотребления спиртными

напитками. Частота развития делирия увеличивается с возрастом, что связано как с соматическим состоянием больных, так и с длительностью заболевания. С наибольшим постоянством делирий возникает на 7-10 году алкоголизма. Значительно чаще по сравнению с женским алкоголизмом эта форма психоза наблюдается у мужчин. Алкогольный делирий развивается после прекращения приема алкоголя в состоянии абстиненции или на высоте запоя.

В этиологии этого заболевания, кроме самого алкоголя, по-видимому, большое значение приобретают те болезненные нарушения в организме человека в целом и в первую очередь в печени, которые являются следствием длительной алкогольной интоксикации. Развитию белой горячки могут способствовать различные дополнительные вредности, такие, как травма, инфекции и психические потрясения.

Алкогольный делирий представляет собой галлюцинаторное помрачение сознания. Для этой формы психоза характерны:

- преобладание истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий и парейдолий;
- резко выраженное двигательное возбуждение в сочетании с напряженным аффектом страха и образным бредом;
- дезориентировка во времени, месте наряду с сохранностью самосознания.

Продолжительность алкогольного делирия в основном составляет от 2 до 8 дней. Белая горячка обычно начинается с периода предвестников, как правило, кратковременных. Предвестниками психоза являются бессонница, кошмарные сновидения, пробуждаясь от которых больной долго не может реально воспринимать окружающее. Отдельные образы сновидений в виде зрительных и слуховых обманов чувств вторгаются в реальность, пугают и путают его. Характерным для таких состояний является усиление имеющегося у хронических алкоголиков дрожания конечностей. Наиболее выраженным симптомом болезни является дрожание отсюда ее латинское название *delirium tremens*, оно значительно сильнее, чем в период похмелья.

Дрожание распространяется на руки, ноги, голову, язык. Интересно отметить, что иногда во время такого предгорячего состояния у больных полностью исчезает влечение к вину и потребность в нем. Они перестают пить, так как спиртное начинает вызывать у них отвращения. Сам приступ белой горячки возникает внезапно, остро, обычно в ночное время, массовым наплывом галлюцинаторных переживаний, в первую очередь зрительных. В большинстве случаев видятся различные мелкие животные: пауки, крысы, змеи, мыши, тараканы и т.п., которые бегают вокруг больного, залезают на него, кусают, жалят. Появляются устрашающие лица каких-то людей: разбойников, преследователей, уродов. Иногда эти фигуры и лица совершенно фантастичны: то очень малы, то, наоборот, непомерно велики, искажены, напоминают чудовищ. Они угрожают больному различными страшными орудиями: ножами, пилами, топорами, направляют на него пистолеты, ружья. Кругом видится кровь. Чаще всего такие переживания сопровождаются слуховыми и тактильными галлюцинациями. Больной слышит крики о помощи, вопли, угрозы, ругательства. Насекомые летают вокруг него с характерным жужжанием, мыши пищат, змеи шипят и т.п. комары и пауки кусают его, лезут в нос, рот, уши. Он пытается стряхнуть их с себя, явственно ощущая, как они влезают на него, чувствуя шершавое прикосновение их лапок, болезненные уколы их жал. Встречаются и такие белогорячные переживания, при которых основное действие разыгрывается где-то за окном комнаты, за дверью в коридоре. Больной хотя и не видит, но ясно ощущает, что там происходит что-то кошмарное: убивают его детей, насилуют и режут жену и т.п. Он слышит их крики о помощи и в то же время знает, что сейчас ворвутся сюда, к нему. В спешке он лихорадочно вооружается чем попало и ждет нападения своих мучителей или бросается навстречу раздающимся крикам – спасти своих родных. Иногда белая горячка возникает в дороге, в поезде. Тогда больные начинают метаться из вагона в вагон. Во всех они видят врагов, которые хотят их убить, выбросить из вагона под самые колеса. В отчаянии они прыгают на

ходу с поезда или делают какие-либо другие бессмысленные и опасные поступки.

Если принимать во внимание, что все описанные выше переживания ощущаются больным с полной реальностью, то становится понятной та большая опасность, которую представляет для окружающих находящийся в таком состоянии человек. Любой предмет домашнего обихода в его руках превращается в орудие агрессии. Защищая себя от мнимой опасности и мнимых врагов, он сам становится совершителем различных правонарушений, среди которых на первом месте стоят тяжелые увечья и даже убийства. Картина белой горячки настолько ярка и очевидна, что едва ли могут возникнуть сомнения в наличии психического заболевания при проведении экспертизы по поводу совершенных противоправных действий, причем естественно, ответственность больных полностью снимается и такие лица признаются в момент преступления невменяемыми.

Алкогольный галлюциноз. Алкогольный галлюциноз составляет 5-11% общего числа алкогольных психозов, занимая второе место по распространенности после делирия. Алкогольные галлюцинозы значительно чаще встречаются у больных алкоголизмом женщин. Подобно белой горячке, алкогольный галлюциноз является заболеванием, возникающим у хронических алкоголиков в результате длительных многолетних злоупотреблений спиртными напитками.

По течению различают острый (от 2 до 4 недель) и хронический варианты алкогольного галлюциноза. Различаются и промежуточные подострые типы течения.

Основным признаком алкогольного галлюциноза, отличающим его от белой горячки, является то, что он протекает на фоне ясного сознания и сохранной ориентировки. В клинической картине отмечается явное преобладание слуховых галлюцинаций, в то время как при белой горячке на первом месте стоят нарушения зрительных восприятий в форме иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Слуховые галлюцинации

преимущественно воспринимаются в форме голосов – мужских, женских, детских. Реальность их полная. Чаще всего, не обращая непосредственно к больному, они ведут между собой разговор о нем, ругая его, оскорбляя и угрожая самыми тяжелыми расправами и карами. Постоянно слышатся фразы, подобные следующим: «пьяница, вор, доберемся до тебя», «от нас не уйдет – все равно ему конец», «резать будем на куски» и т.д. Иногда голоса принимаются спорить о больном: один доказывает необходимость немедленной и самой жестокой расправы над ним, другие склонны его защищать, предлагая смягчить наказание, уменьшить его. В некоторых случаях голоса, перечисляя все подробности жизни больного, начинают издеваться над ним. Становясь насмешливыми, они зло иронизируют над теми или иными событиями прошлого и тем приводят больного в ярость. Часто угрозы направлены в адрес не самого больного, а его семьи, родных. Голоса угрожают их убить, искалечить, изнасиловать. Одновременно и как бы в подтверждение этого больной слышит крики о помощи своей жены, детей, родственников. В этих случаях могут присоединиться и зрительные обманы в виде окровавленных трупов, каких-то зловещих образов, вооруженных людей, размахивающих ножами, и т.д. но такие галлюцинации менее яркие, чем белогорячечные, и возникают только в особых условиях – в темноте и при закрытых глазах.

Галлюцинаторные переживания при алкогольном галлюцинозе способствует формированию идей преследования, переходящих в прямые бредовые переживания. Больной начинает считать, что шайка каких-то врагов и злоумышленников устраивает слежку за ним и его семьей. Какие-то «шпионы» и «бандиты» хотят их убить и ограбить. В соответствии с этим развивается общая тревожность, страх. Действия больного полностью отражают эти его переживания и опасения. Он убегает, прячется, совершает поступки, непонятные для наблюдающих его со стороны: прячет ценные вещи, закапывает их, относит на хранение; предлагает родным немедленно уехать куда-нибудь подальше, скрыться и т.д. Естественно, что подобные

переживания могут привести больного к совершению самых различных правонарушений.

В отличие от алкогольного делирия при галлюцинозе сознание не помрачено – больные правильно ориентированы в месте и времени, доступны контакту, сохраняют воспоминания о своих переживаниях и поведении в психотическом состоянии.

Алкогольный параноид. Этот алкогольный психоз Г. Ленц впервые описал более 100 лет назад. Алкогольный параноид есть остро или хронически протекающий психоз с систематизированным бредом, в клинической картине которого выступают идеи преследования, ревности, отравления и т.д. Здесь все же не отмечается такое многообразие бредовых переживаний, которое встречается при шизофрении, и на первый план выступают картины преследования или, еще чаще, ревности. В клинической картине состояния хронических алкоголиков, высказывающих бредовые идеи ревности, всегда наличествует общая бредовая оценка окружающей действительности и бредовое отношение к большинству людей, с которыми им приходится сталкиваться. Эта бредовая оценка принимает самые различные клинические формы: здесь и бредовые идеи преследования, и отношения, и отравления, и значимости, а иногда даже и величия. Характерно, что алкогольный параноид возникает скорее как первичный бред, не зависящий от галлюцинаций, и структура его возникновения и развития протекает чаще по паранояльному типу, с известной зависимостью от внешних, психогенных мотивов. Однако встречаются картины и определенно параноидной структуры, когда многое зависит от галлюцинаторных переживаний, в дальнейшем способствующих формированию бредовых идей и придающих им ту или иную конкретную форму и наполняющих их определенным содержанием.

По течению алкогольные параноиды разделяют на:

1. острые (длительность до 3-4 недель)
2. подострые (до 2-3 месяцев)

3. хронические (свыше 3-х месяцев)

В тех случаях, когда переживания хронического алкоголика ограничены одними идеями ревности, налицо лишь определенные характерологические особенности, заостренные специфическим в этом отношении влиянием длительной алкогольной интоксикации. Естественно, что и судебно-психиатрическая оценка такого состояния не выходит за рамки тех общих положений, которые существуют при проведении экспертизы по поводу правонарушений, совершенных хроническим алкоголиком, т.е. лица признаются вменяемыми и ответственными за совершенные ими правонарушения. У алкоголиков с психопатическими состояниями чертами характера при определенной реальной ситуации возможно появление сверхценных идей ревности и паранояльного развития с преобладанием переживаний, связанных с идеями ревности.

Коренным образом дело меняется, когда идеи ревности начинают приобретать бредовый характер, т.е. начинается формирование алкогольного параноида как заболевания. Речь идет о формировании алкогольного параноида, а не об алкогольном бреде ревности потому, что в этом случае переход идей ревности в бредовую форму происходит не в виде количественного усиления и нарастания интенсивности болезненных переживаний, а как их качественное изменение. Теперь уже круг болезненных переживаний не замкнут одной идеей ревности. Если она и играет ведущую роль, то все равно сопровождается еще рядом бредовых переживаний: идей преследования, отношения, отравления и т.д., т.е. дает оформленную картину параноидного синдрома в целом.

Корсаковский психоз (болезнь Корсакова) - это заболевание, которое возникает у лиц, длительно злоупотребляющих спиртными напитками, особенно из числа тех, которые пьют различного рода суррогаты (неочищенный спирт-сырец, самогон и т.п.). Корсаковский психоз развивается преимущественно на конечной стадии алкоголизма. Основными признаками этого заболевания являются амнестический синдром

(фиксационная и ретроградная амнезия в сочетании с параамнезиями – конфабуляциями и псевдореминисценциями) и полиневрит.

В картине психических нарушений на первый план выступают характерные расстройства памяти. Способность запоминания значительно нарушается. Больной не способен дать ответ на самые простые вопросы, а именно, обедал он или нет, заходил ли к нему только что кто-нибудь и т.д. Он многократно здоровается с врачом или сестрой, так как стоит им выйти из палаты, как он уже не помнит, видел он их или нет, и поэтому вошедшие в нее снова через несколько минут являются для него впервые увиденными. В беседе он мгновенно забывает то, что сказал сам и услышал от других, и в силу этого способен помногу раз спрашивать об одном и том же и повторять уже сказанное. Пробелы памяти восполняются псевдореминисценциями и конфабуляциями. Характерной особенностью этих симптомов при корсаковской болезни, в отличие от прогрессивного паралича или других органических психозов, является отсутствие в них элемента фантастичности и нереальности. Больной рассказывает о событиях, которые, может быть, и не имели места в его жизни в таком виде, как он о них сообщает, но, принимая во внимание его положение и образ жизни до болезни, вполне можно допустить, что они произошли. Чаще всего сообщаемое больным действительно происходило с ним несколько месяцев или лет назад до болезни, например, находящийся длительное время в больнице больной сообщает врачу, что он вчера вернулся из командировки или из дома отдыха, что он проводил собрание, был на выставке или в театре.

Расстройствами памяти на текущие события объясняются резко выраженные у страдающих корсаковским психозом нарушения ориентировки в пространстве и времени. Но, несмотря на тяжелые нарушения памяти, восприятие и мышление таких больных оказывается измененным в значительно меньшей степени, и поэтому ядро личности как бы остается сохранным.

Судебно-психиатрическое значение корсаковской болезни невелико, потому что эта болезнь встречается весьма редко. Вопрос об экскульпации стоит только в тех случаях, когда можно с достоверностью доказать, что криминальные действия явились следствием болезненных нарушений памяти, если же имеют место дефекты памяти, с которыми больной научился в известной мере справляться, и личность его в целом достаточно сохранена, вменяемость при преступлении не подвергается сомнению.

Энцефалопатия Гайе-Вернике. Редкая форма алкогольной энцефалопатии. Острая форма этого заболевания схожа с тяжелой формой алкогольного делирия.

При подострой и хронической формах этой энцефалопатии наблюдается изменение сознания со спутанностью речедвигательным возбуждением, абортивными делириозными явлениями, эпилептиформные припадки, изменениями памяти по корсаковскому типу и неврологические расстройства: атокия, нарушение глазодвигательной функции, экстрапирамидная симптоматика.

Клинические проявления отличаются приступообразным течением, с внезапным началом с употребления больших доз алкоголя и заканчивается резким его прекращением. После чего возникает полное отвращение к алкоголю.

Алкогольный псевдопаралич. Подобно корсаковскому психозу, алкогольный псевдопаралич развивается у лиц, длительно злоупотребляющих алкогольными суррогатами. Предрасполагающим моментом к его развитию является наблюдаемое в особенно сильной степени у некоторых алкоголиков резкое расстройство питания с нарушением обмена веществ, сопровождаемое явлениями авитаминоза. В психической сфере таких больных на первый план выступают явления интеллектуальной деградации. Больной не осознает своей неполноценности, не замечает совершаемых просчетов и ошибок. Фон настроения преобладает благодушный, эйфоричный. Одновременно начинается переоценка

своей личности, принимающая в выраженных стадиях болезни характер нелепого бреда величия. Дальнейшее развитие болезни ведет к известному снижению психической активности, в силу чего продуктивная симптоматика в форме галлюцинаторных и бредовых переживаний меркнет, утрачивает характер системности, и больные пребывают в состоянии вялости и безразличного отношения к окружающему. С неврологической стороны при алкогольном псевдопараличе отмечается вялая реакция зрачков на свет, некоторая дизартричность речи, боли в конечностях. При более легких формах зрачковые рефлексы могут не страдать, а наблюдаются только нарушения в сухожильных рефлексах, выраженный тремор пальцев рук, полиневритические явления.

Болезнь встречается весьма редко и судебно-психиатрическое значение ее крайне незначительно. Естественно, что во всех тех случаях, когда в период совершения криминальных действий имевшаяся психотическая симптоматика в форме галлюцинаторных и бредовых переживаний и степень интеллектуального снижения и деградации позволяли поставить диагноз псевдопаралича, эксперт приходил к признанию такого испытуемого невменяемым.

Контрольные вопросы:

1. Что такое аддиктивное поведение? Какие виды аддиктивного поведения вы знаете?
2. Из каких компонентов складывается синдром зависимости?
3. Факторы, способствующие формированию синдрома зависимости.
4. Что такое простое алкогольное опьянение, какова его судебно-психиатрическая оценка?
5. Что такое алкоголизм и каковы его причины?
6. Какие вы знаете классификации алкоголизма?
7. Клиническая картина стадий алкоголизма.
8. Судебно-психиатрическая оценка алкоголизма.

9. Что такое алкогольные психозы?
10. Как проявляется алкогольный делирий, его судебно-психиатрическое значение?
11. Как проявляется алкогольный галлюциноз, его судебно-психиатрическое значение?
12. Что такое алкогольный бред ревности? Какова опасность этого бреда для общества?

10. ПТСР и реактивные психозы, их судебно-психиатрическая оценка. Симуляция психических расстройств. Исключительные состояния их судебно-психиатрическая оценка

Одним из медицинских критериев невменяемости являются временные расстройства психической деятельности, которые различны по природе своей, но, независимо от происхождения, обратимы и краткосрочны. В эту группу включают реактивные состояния (реактивные психозы) и исключительные состояния.

Кратковременно протекающие психотические состояния, объединяемые в судебно-психиатрической практике в группу так называемых исключительных состояний, являются одной из важных проблем судебной психиатрии.

Исключительные состояния рассматриваются в настоящее время как группа острых расстройств психической деятельности, различных по происхождению, но во многом сходных по клиническим признакам. Эти расстройства начинаются внезапно в связи с внешней ситуацией, они непродолжительны, сопровождаются расстроеным сознанием и полной или частичной амнезией. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями и, как правило, представляют собой единственный эпизод в жизни. В процентном отношении число лиц, совершивших противоправные деяния в «исключительных состояниях» незначительны. Однако, чаще всего это тяжкие опасные действия против личности. Диагностика и экспертная оценка таких расстройств чрезвычайно сложна.

К исключительным состояниям относятся патологическое опьянение, патологический аффект, сумеречные состояния сознания, не являющиеся симптомом какого-либо хронического психического заболевания, патологическое просоночное состояние и реакция «короткое замыкание». Общим для них является сочетание постоянной и временной патологической

почвы при обязательном участии дополнительных экзогенных факторов. Постоянная патологическая почва характеризуется наличием не резко выраженной резидуальной церебрастенической патологии. Временная формируется за счет временно действующих вредностей (физическое и психическое переутомление, дефицит сна, психогении, длительное аффектное напряжение).

10.1 Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Посттравматический стрессовый синдром, или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), — комплекс психических нарушений, возникающих в связи с экстремальными ситуациями. ПТСР возникает после латентного периода продолжительностью от нескольких недель до нескольких (обычно не более 6) месяцев.

В общем виде они определяются как «травматические события, выходящие за рамки обычного человеческого опыта» [Kinzie J. D., 1989]. Т. М. Moles (1977) представляет следующую классификацию наиболее частых причин возникновения ПТСР при массовых бедствиях: природные — климатические (ураганы, смерчи, наводнения), сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами); вызванные человеком — несчастные случаи на транспорте и в промышленности, взрывы и пожары, биологические, химические и ядерные катастрофы; «умышленные» бедствия (террористические акты, мятежи, социальные волнения, войны).

Экстремальными могут быть и ситуации, имеющие значение для отдельного человека, например акты агрессии. Б.В. Шостакович (1991) выделяет в этом ряду «синдром изнасилования».

Распространенность. Показатели распространенности ПТСР в контингентах лиц, переживших экстремальные ситуации, в литературе колеблются от 10 % у свидетелей события до 95 % среди тяжело пострадавших (в том числе с соматическими повреждениями). Соответствующие цифры, естественно, зависят от многих обстоятельств, в

частности от конкретной характеристики стрессогенного события, группы обследованных (свидетели, участники, пострадавшие, ликвидаторы и др.), диагностической позиции исследователя и метода исследования (например, клиническая диагностика и обследование с помощью специальных шкал могут дать различные результаты). Тем не менее, представляют интерес обобщенные материалы, представленные в отечественной и зарубежной литературе последнего времени. По данным J. R. T. Davidson (1995), распространенность (показатель lifetime prevalence) ПТСР колеблется от 3,6 до 75 % (у переживших экстремальные события).

Соответствующие эпидемиологические исследования, проведенные в США среди ветеранов вьетнамской войны, позволили установить ПТСР у 30 % лиц; парциальные и субклинические проявления синдрома были дополнительно выявлены у 22 % участников войны. Тот же автор упоминает данные, согласно которым у лиц, переживших нацистские концентрационные лагеря, состояния, которые сейчас рассматриваются как ПТСР, наблюдались в 85—100 % случаев. В отечественной литературе Ю. В. Поповым и В. Д. Вид был представлен показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс, равный 50—80 %.

Случаи ПТСР в мирное время, по данным авторов, составляют в популяции 0,5 % для мужчин и 1,2 % для женщин. Но менее выраженные расстройства адаптации констатируются в 1,1—2,6 случаев на 1000 населения. В свете приведенных данных может быть оценен и полученный в Научном центре психического здоровья РАМН показатель распространенности ПТСР среди участников гражданского противостояния в Москве в октябре 1993 г. — 57,1 %.

Клинические проявления. Посттравматическое стрессовое расстройство развивается после острой реакции на стресс, которая может характеризоваться растерянностью, страхом, психомоторным возбуждением или ступором, паническими реакциями, сужением сознания, мнестическими нарушениями, а также нарушениями, отражающими характер

экстремального воздействия (например, иллюзии колебания земли после землетрясения). Иногда возникают острые психотические состояния с дезориентировкой, сценopodobными зрительными и слуховыми галлюцинациями, в содержании которых отражаются пережитые события.

В отличие от острой стрессовой реакции ПТСР возникает не в момент стрессового события, а в отдаленные сроки — после вывода пациентов из стрессовой ситуации.

Подострые нарушения психики характеризуются дереализационными и деперсонализационными расстройствами; тревожно-депрессивными состояниями с чувством страха за свою жизнь, плаксивостью, кошмарными сновидениями; депрессивными реакциями с конверсионными расстройствами; реакциями эйфорического типа с многоречивостью, с резкой недооценкой тяжести своего соматического состояния; обсессивно-фобическими расстройствами (пугающие образные воспоминания о том, как их ранило). Продолжительность таких состояний составляет от нескольких недель до нескольких месяцев.

Особенно стойкими являются депрессивные, обсессивно-фобические расстройства и нарушения сна. Они сохраняются и по излечении от полученных повреждений, после выписки из соматического стационара и восстановления трудоспособности. Именно эти расстройства укладываются в клиническую картину раннего этапа формирования ПТСР. Характеризуя дальнейшее развитие ПТСР, американский психиатр J.D. Kinzie (1989) обращает внимание на сочетание двух групп клинических явлений: продолжающихся наплывов (оживления) в сознании больного экстремальной ситуации с сопутствующими аффективными реакциями (тревоги, ужаса, страха) и избегающего поведения, т. е. стремления уйти от всего, что может напоминать о трагическом событии. Навязчивые воспоминания обычно возникают без каких бы то ни было внешних стимулов, но сопровождающие их переживания могут быть настолько сильными, что пациент ощущает их, как если бы трагические события происходили в реальности.

Еще более выраженные реакции возникают в ответ на напоминающие о них внешние раздражители. Примером могут служить описанные реакции жертв нацистских концентрационных лагерей на вид свастики, а также участников вьетнамской войны на соответствующие телевизионные сюжеты. Избегание ситуаций и мыслей, которые могли бы даже отдаленно напоминать пережитую трагедию, имеет много общего с описанным выше поведением больных на предыдущих этапах развития ПТСР (вплоть до психогенной амнезии и состояний оцепенения). Но на этой стадии на первый план чаще выступают расстройства сна, раздражительность и взрывчатость, снижение некоторых когнитивных функций (особенно памяти и внимания). Могут развиваться и более выраженные психические нарушения (депрессия, тревожные расстройства, алкоголизм и др.). Больные выглядят замкнутыми, отчужденными, иногда злобными. Они с трудом контактируют с окружающими, им трудно ужиться и в семье, и с другими людьми. Они раздражительны, порой агрессивны, причем вспышки злобы и агрессии могут казаться совершенно немотивированными. Обычные производственные требования, связанные с дисциплиной и субординацией, оказываются для них невыполнимыми. В семьях больные скоро становятся чужими, потому что не могут разделить ни огорчений, ни радостей домочадцев. В связи с этим они могут потерять и работу, и семью.

Склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками усиливает социальную дезадаптацию: больные легко вовлекаются в криминальную среду или пополняют армию бездомных. В целом особенности поведения больных ПТСР напоминают картину психопатоподобного состояния. Однако при их исследовании выясняется, что они испытывают глубокую подавленность, тревогу и тоску, иногда с чувством вины, бесполезности своей жизни, даже с суицидальными мыслями; они страдают от назойливо повторяющихся воспоминаний о той ситуации, которую они пережили, причем последние часто бывают в виде внезапно возникающих ярких образных представлений (flashbacks), продолжаются от нескольких секунд до

нескольких часов и сопровождаются угнетением, страхом, потливостью и другими вегетативными расстройствами. Вегетативные расстройства вообще свойственны этим больным и могут занимать весьма заметное место среди их жалоб. Кроме того, их постоянно беспокоит нарушение сна: они плохо засыпают, а потом часто просыпаются от кошмарных сновидений, воспроизводящих то, что они пережили. Многие пациенты жалуются, что из-за этого боятся засыпать. Сон оказывается для них частным случаем тех ситуаций, в которых воспроизводится пережитое; стремление всячески избегать подобных ситуаций считается одним из наиболее типичных симптомов ПТСР, потому что они провоцируют чрезвычайно тягостные воспоминания, сопровождающиеся страхом или агрессивным поведением. Мир других людей, их интересы, тревоги и надежды представляются больным мелкими и не заслуживающими внимания. Большинство больных уверены в том, что люди, не пережившие того, что пережили они, не в состоянии понять их проблемы; часто они объясняют этим свою замкнутость. Многие объясняют тем же свое упорное нежелание обращаться за медицинской помощью, поскольку они уверены, что врач не сможет их понять. Иногда они стремятся найти выход в общении с товарищами по несчастью, но и это нередко оказывается тягостным, поскольку провоцирует воспоминания, которых больные стараются избежать. Употребление алкоголя и наркотиков приносит им на первых порах некоторое облегчение, что и объясняет значительное распространение того и другого среди страдающих ПТСР.

Таким образом, клиническая картина ПТСР представляется сочетанием психопатоподобных (асоциальных, эксплозивных, истерических) расстройств поведения, усугубляемых алкоголизацией, употреблением наркотиков и тяжелой неврозоподобной симптоматикой. На более отдаленном этапе (через 12—14 мес) возможны состояния, характеризующиеся нарушением сна, чувством отчаяния, безысходности, крайне пессимистической оценкой ситуации в стране, отождествлением этой ситуации с собственной судьбой и

связанными с этим суицидальными мыслями. Это состояние может быть столь тяжелым, что приводит к утрате трудоспособности. Но у многих больных при восстановленной трудоспособности и формально удовлетворительной социальной адаптации сохраняются редуцированные проявления хронического ПТСР: эпизодические нарушения сна с кошмарными сновидениями, аффективная лабильность.

Наиболее значимым оказалось изменение отношения к общественным событиям и собственной роли в них. Больные стремятся полностью переориентировать свои интересы в сторону частной жизни, избегают всяких разговоров на общие (например, политические) темы. Обращает на себя внимание то, что многие из них стараются не связывать свои расстройства с перенесенной психической травмой и отказываются от общения с врачами или психологами, которые оказывали им помощь в остром и подостром периоде. Важно, что в то же время среди наиболее значимых стрессогенных факторов обследуемые неизменно указывают на неудовлетворительную организацию помощи, недостаток внимания, социальное неприятие или осуждение тех событий, во время которых они пострадали. Важный аспект ПТСР — проблему коморбидности в ее медико-социальном аспекте рассматривает Л.К.Хохлов (1998). В согласии с другими исследователями он подчеркивает значение predisposing факторов в развитии ПТСР (психогенные особенности личности, пол, возраст, жизненный опыт, выносливость к стрессам, психические расстройства в прошлом), частоту сопутствующего алкоголизма, наркомании, психосоматических расстройств, другого физического неблагополучия (инфекции, ожоги, черепно-мозговые травмы, ранения и т. д.), выделяя одновременно роль других неблагоприятных факторов — переутомления, «вынужденной бессонницы, недостатка воды, голодания и т. д.

Таким образом, констатируется констелляция патогенных факторов — психогенных, экзогенных, экзогенно-органических и личностно-эндогенных. В связи с этим автор ставит вопрос о ПТСР как о сочетанной, т. е.

коморбидной патологии и неправомерности ее рассмотрения как преимущественно психической патологии.

По наблюдениям Л.К.Хохлова, коморбидная патология иногда может даже маскировать проявления собственно ПТСР. В большинстве же случаев первоначально возникшее функциональное расстройство сменяется органическим поражением головного мозга с формированием различных психоорганических изменений. Особенно часто возникают сосудистые нарушения — от сосудисто-вегетативной дистонии (обычный спутник ПТСР) до церебрального атеросклероза и дисциркуляторной энцефалопатии. Учет этих особенностей ПТСР важен не только при построении терапии, но и при решении вопросов трудовой и судебно-психиатрической экспертизы.

10.2 Реактивные психозы

Реактивные психозы представляют собой патологическую реакцию психотического уровня на психические травмы или неблагоприятные ситуации. Развитие этих психозов, их клиническая картина и динамика зависит также от конституциональных особенностей личности, перенесенных заболеваний, физического состояния и возраста.

Для реактивных психозов характерна большая по сравнению с психогенными невротическими состояниями острота, лабильность и тяжесть симптоматики, выраженные психомоторные и аффективные расстройства, бред, галлюцинации, грубые истерические нарушения, большей частью с явлениями расстроенного сознания (диссоциативные реакции). Больные в этот период утрачивают способность критически оценивать свое состояние, координировать свои поступки, адаптироваться к сложившейся ситуации. В то же время реактивным психозам свойственна наибольшая (среди психогенных заболеваний) обратимость симптоматики.

По клиническим формам реактивных психозов выделяют аффективно-шоковые реакции, истерические психозы, реактивные депрессии и психогенные параноиды.

Аффективно-шоковые реакции (реакции экстремальных ситуаций, “психозы ужаса” и т.п.) - возникают в связи с внезапными, чрезмерными по силе потрясениями, такие как стихийные бедствия (землетрясения, наводнения), события боевой обстановки (артиллерийский обстрел, атака противника), катастрофы (пожары, кораблекрушения и т.п.).

По особенностям преобладающих психомоторных расстройств выделяют два вида аффективно-шоковых реакций. При гиперкинетической форме поведение больных теряет целенаправленность; на фоне быстронарастающей тревоги и страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, бесцельными метаниями, стремлением куда-то бежать. Продолжительность двигательного возбуждения невелика, 15-30 минут.

При гипокинетической форме возникает состояние резкой двигательной заторможенности, доходящей до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Больные обычно остаются на том месте, где возник аффект страха; они безучастны к происходящему вокруг, взгляд устремлен в пространство. Продолжительность ступора от нескольких часов до 2-3 дней. Память на события в острый период отсутствует.

Истерические психозы - неоднородные по клинической картине психотические состояния, возникающие по единому истерическому механизму, которые в большинстве случаев невозможно четко разграничить. В зависимости от тяжести и длительности реакции бывает либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие.

Этот тип психогенных реакций в мирное время чаще всего наблюдается в судебно-психиатрической практике (“тюремная истерия” по Крепелину).

Истерическое сумеречное помрачение сознания по механизму возникновения и некоторым клиническим проявлениям близко к острым аффективно-шоковым реакциям. В отличие от последних не бывает полного

выключения высших корковых функций. Характерны сужение поля сознания, дезориентировка, обманы восприятия, отражающие психотравмирующую ситуацию, избирательная фрагментарность последующей амнезии. Клиническая картина отличается мозаичностью проявлений и демонстративностью поведения больных: смех, пение и плач могут прерываться судорожным припадком, застывание в скорбной позе сменяется кратковременным возбуждением.

Истерическое помрачение сознания может длиться до 1-2 недель, выход из психоза постепенный.

Псевдодеменция - мнимое, кажущееся слабоумие, термин впервые ввел Вернике в 1906 году. Возникает на фоне суженного сознания и характеризуется мнимой утратой простейших знаний, неправильными ответами (миморечь) и действиями (мимодействия). Больные при этом таращат глаза, дурашливо улыбаются, не могут выполнить простейших арифметических действий, не называют своего имени и фамилии, недостаточно ориентированы в обстановке, нередко называют белое черным и т.д. Содержание неправильных ответов (миморечь при деменции) в отличие от негативистической речи кататоников всегда связана с травмирующей ситуацией. Ответ при псевдодеменции чаще прямо противоположен ожидаемому (например, он не в заключении, у него блестящие перспективы). То же относится и к мимодействиям (например, в отдельных случаях больные надевают туфли на руки, просовывают ноги в рукава рубашки и т.д.).

Пуэрилизм - на фоне истерически суженного сознания возникает ребячливость, детскость поведения. Наиболее частыми симптомами является детская речь, моторика и эмоциональные реакции. Больные говорят с детскими интонациями, шепелявят, бегают в припрыжку, строят карточные домики, играют в куклы и т.д. Надувая губы или топая ногами, они просят взять их на ручки, обещают вести себя хорошо.

В отличие от стереотипной дурашливости больных шизофренией с гебефреническим возбуждением при пуге симптоматика значительно более разнообразна, изменчива, с яркой эмоциональной окраской переживаний.

Психогенные параноиды. Психогенные параноиды относятся к сравнительно редким формам реактивных психозов. Чаще параноидные реакции наблюдаются в военной обстановке. Развитию психогенного параноида может способствовать длительное эмоциональное напряжение, нервное и соматическое истощение, связанное с длительным лишением сна, недоеданием и другими причинами.

Клинической картине острого психогенного параноида свойственна простота, элементарность, образность, эмоциональная насыщенность бреда и резко выраженный аффект страха и тревоги. Чаще всего возникает бред преследования и отношения. Содержание бреда отражает в прямом или противоположном (бред невинности и помилования) виде психотравмирующую ситуацию. В одних случаях это угроза физическому существованию, расправа, в других - морально-этический ущерб, причиняемый самому больному или его родным. Возможны также как зрительные, так и слуховые галлюцинации.

После короткого, иногда не более нескольких часов, продрома с еще неясными тревожными опасениями и нарастающей подозрительностью, у больных внезапно возникает ощущение смертельной опасности; они окружены врагами, их родственников уже нет в живых; некоторые слышат зловещий шепот, а потом и более отчетливо голоса людей, замысляющих убийство. В наиболее острый период психоза поведение больных целиком определяется содержанием патологических переживаний и может вылиться в опасные действия. В ужасе они пытаются бежать, выпрыгнуть в окно, нападают на мнимых врагов или хотят покончить с собой, дабы не попасть живыми в руки преследователей.

Заболевание протекает остро, и в большинстве случаев через несколько дней после госпитализации бредовые расстройства исчезают. Однако на протяжении последующих 2-4 недель бывает остаточная симптоматика - тревога по вечерам, боязнь появления прежних преследователей. Резидуальный бред при психогенных параноидах, как правило, нестойк и исчезает внезапно вслед за обратным развитием психической слабости и восстановлением критики.

В ряде случаев важнейшим патогенетическим фактором в формировании психогенных параноидов является фактор неблагоприятной внешней обстановки. Группу реактивных психозов, связанных с внешней обстановкой, определяют как параноиды внешней обстановки. К ним прежде всего относятся параноиды военного времени. Наряду с факторами “ослабленной” почвы - соматической предуготовленностью, обусловленной предшествующими контузиями и ранениями, большое значение имеет ситуация постоянной опасности и угрозы для жизни - грохот взрывов, толпы людей, колонны транспорта и т.д. Содержание параноида черпается из ситуации. Военнослужащие переживают ситуацию пленения, ожидают нападения, принимают встречаемых людей за неприятельских солдат. Бред в таких случаях сопровождается резким аффектом страха и примитивными импульсивными реакциями: больные мечтают, куда-то бегут. У раненых, попавших в непривычную обстановку госпиталя, нередко возникают идеи виновности, сопровождающиеся аффектом тревоги и подавленностью. Одни из них называют себя симулянтами, дезертирами, преднамеренно причинившими себе увечья, другие говорят, что они шпионы, предатели, виновные в гибели людей.

К параноидам внешней обстановки относятся и реактивные психозы, возникающие при длительном железнодорожном путешествии (железнодорожные параноиды). В их развитии большую роль играют предрасполагающие факторы - физическое утомление, нерегулярное питание, злоупотребление алкоголем, недосыпание. Однако основным

патогенным фактором остается ситуация - обстановка железной дороги, в целом создающая атмосферу спешки, неопределенности и тревоги. Проявления психоза отражают специфику ситуации. Больные замечают, что на них сосредоточенно внимание окружающих, соседи по вагону ведут себя как-то странно и необычно, шепчутся и переглядываются. Вскоре больные укрепляются в убеждении, что в купе расположилась шайка воров или бандитов, замышляющих нападение с целью ограбления или убийства. Для того чтобы умиловить “преследователей” и сохранить свою жизнь, больные раздают вещи и деньги, некоторые в страхе выскакивают на ходу из вагона, бросаются на рельсы.

В других случаях исходным пунктом для развития бреда становится психическая изоляция (пребывание в чужой, враждебной среде, усугубляющееся невозможностью контактов с окружающими в связи с незнанием языка, тюремное заключение и т.д.) Здесь можно выделить бред в иноязычном окружении - у больных появляются слуховые иллюзии угрожающего содержания, растет уверенность во враждебном отношении окружающих.

В условиях заключения развиваются тюремные параноиды. Содержание бреда и галлюцинаций отражает своеобразие психической травмы, связанной с арестом и пребыванием в тюрьме, страх перед предстоящим судом и наказанием, тревогу за свою судьбу и судьбу близких. Галлюцинации имеют пространственную локализацию - голоса раздаются из соседней камеры, из-за окон и дверей. Больные видят себя в окружении врагов, слышат речь прокурора.

Судебно-психиатрическая оценка реактивных психозов. Реактивные психозы, будучи обратимыми состояниями, обычно обуславливают лишь временное (до момента выздоровления) прекращение уголовного дела. Реактивные психозы часто возникают в ответ на привлечение лица к уголовной ответственности. При затяжном течении назначают принудительное лечение, по окончании терапии возобновляются судебно-

следственные действия. В период острого реактивного психоза человек не способен осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий), либо руководить ими, т.е. является невменяемым.

10.3 Исключительные состояния

Патологическое опьянение - острый кратковременный психотический эпизод, возникающий на фоне простого алкогольного опьянения. Для возникновения патологического опьянения имеет значение не столько воздействие алкоголя, сколько наличие постоянной и временной патологической почвы. Постоянная почва проявляется в остаточных явлениях прошлых органических заболеваний ЦНС, в том числе и черепно-мозговых травм. Эти остаточные явления в обычном состоянии выражены столь незначительно, что незаметны для окружающих и данное лицо считается психически здоровым. Определяющую роль в возникновении патологического опьянения играет временная почва: недосыпание, физическое и психическое переутомление, волнение, страх, тревога. В таком состоянии принятый алкоголь, независимо от дозы, в некоторых случаях вызывает патологическое опьянение. Оно возникает остро на фоне картины обычного опьянения (шаткая походка, нечеткая речь, снижение критических способностей и т.д.) и характеризуется резким изменением состояния субъекта. Основным признаком патологического опьянения является болезненно измененное сознание, в результате чего нарушаются и искажаются процессы восприятия, наступает отрыв от реальной действительности. Появляются безотчетный страх, тревога, ощущение угрозы в отношении себя и своих близких. При нарастании эмоционального напряжения нарушается ориентировка в окружающем и появляется бредовое толкование ее.

Внезапно меняется и внешний вид такого человека, значительно бледнеют или полностью редуцируются физические признаки алкогольного опьянения. Выражение лица отражает растерянность, тревогу, страх, ужас.

Вместе с тем, сохраняется способность к довольно сложным целенаправленным действиям, возможность пользоваться различными предметами, оружием, совершать агрессивные действия. Такое лицо, находящееся в состоянии измененного сознания, дезориентировано в обстановке, не способно к адекватному речевому контакту с окружающими. Оно всегда действует в одиночку, никакие совместные действия с соучастниками невозможны. Поведение человека отражает его болезненное восприятие окружающего (прячется или защищается от мнимых врагов, кого-то преследует и т.д.), при этом действия хаотичны, беспорядочны. Речь отрывистая, высказывает отдельные бредовые идеи.

Заканчивается патологическое опьянение внезапно, часто переходя в глубокий сон. События данного периода почти полностью амнезируются. Характерно полное отсутствие сокрытия следов преступления, пассивное поведение при задержании. Важно допросить подозреваемого в первые часы после события, иначе даже отрывочные воспоминания исчезнут из его памяти безвозвратно.

С учетом того обстоятельства, что диагноз патологического опьянения всегда ставится ретроспективно, помимо психопатологического анализа, в практике экспертизы большое значение приобретает изучение материалов уголовного дела. Материалы дела должны отражать, наряду с доказательствами совершения преступления данным лицом, описание особенностей его поведения, характера речевой продукции в исследуемой ситуации. Большое диагностическое значение имеют свидетельские показания о внешнем виде правонарушителя, данные о неправильном восприятии им окружающего, ложных узнаваниях, высказываниях, отражающих наличие болезненных переживаний (страх, непонятные выкрики и т.п.), об особенностях его движений, последовательности действий и прочее.

Как правило, лицо, совершившее противоправные действия в этом состоянии, признается СПЭ невменяемым. Обычно в принудительных мерах медицинского характера такие люди не нуждаются.

Патологический аффект - это болезненное состояние психогенного происхождения, возникающее у практически здорового человека. Это острая реакция в ответ на психотравмирующее воздействие, на высоте развития которой имеет место нарушение сознания по типу аффективного сумеречного состояния. В типичных случаях патологический аффект протекает в три фазы.

Первая фаза служит подготовительным этапом, на ней возникает и нарастает аффективное напряжение. В случае острой психогении она длится всего несколько секунд. При длительной психотравмирующей ситуации напряжение нарастает часы или даже дни, разрядка наступает по механизму «последней капли».

Факторами, способствующими облегчению возникновения аффективной реакции, выступают переутомление, недосыпание, соматическая ослабленность и т.д. Под воздействием психогенного раздражителя, исходящего от непосредственного обидчика и внешне кажущегося малозначительным, внезапно для окружающих, да и самого подэкспертного, может возникнуть аффективная реакция с агрессивными действиями, направленными против обидчика.

Во второй фазе патологического аффекта возникает кратковременное психотическое состояние. Отмечаются расстройства восприятия (гипестезия, гиперестезия, иллюзии, функциональные галлюцинации, нарушения схемы тела), высказываются отрывочные нестойкие бредовые идеи, регистрируются состояния острого страха и растерянности. Внешне заметны вегетативные реакции (покраснение или побледнение лица, дрожь, пот и т.д.). Моторные действия при патологическом аффекте 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 свидетельствует резкий переход от интенсивного двигательного возбуждения в психомоторную заторможенность.

В третьей фазе наблюдается глубокий сон или выраженное оглушение с отсутствием реакций на внешние стимулы и невозможностью контакта.

Все события и действия во время патологического аффекта амнезируются, СПЭ признает подэкспертных невменяемыми. В отдельных случаях возникает проблема разграничить аффект физиологический от патологического, тогда назначают комплексную психолого-психиатрическую экспертизу. Подэкспертные, в случае признания их невменяемыми при патологическом аффекте, обычно не нуждаются в принудительных мерах медицинского характера.

Патологическое просоночное состояние встречается чрезвычайно редко. В литературе оно может быть описано под названием «патологическое опьянение сном», «сновидное опьянение».

Патологические просоночные состояния, как правило, развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно пробуждения, сопровождающихся медленным восстановлением ориентировки в окружающем.

Болезненным просоночным состоянием перед пробуждением присущи яркие сновидения со страхом. Объектом агрессивного поведения обычно являются лица, находящиеся вблизи, и искаженное восприятие их является как бы продолжением сновидения. В период просоночного состояния сознание бывает помрачено, в силу чего полностью отсутствует контакт с окружающими, последовательность и целенаправленность действий определяется сновидениями. После правонарушения сон может продолжаться, либо наступает пробуждение с последующей амнезией случившегося и реакцией удивления и растерянности. Однако возможны

фрагментарные воспоминания, касающиеся в основном содержания сновидения. Сновидения, как правило, яркие, носят устрашающий характер, сопровождаются страхом. Это часто толкает на агрессивные действия с целью обороны.

Лица, совершившие правонарушения в состоянии патологического просоночного состояния, признаются невменяемыми. Вопрос о мерах медицинского характера решается дифференцировано, с учетом личности больного, характера общественно-опасных действий и т.д.

10.4 Симуляция психических расстройств

Симуляция психического заболевания - это преднамеренное изображение признаков того или иного психического расстройства в неблагоприятных для субъекта условиях, например, привлечение к уголовной ответственности, призыв на военную службу и т.п. Цель всякой симуляции либо избежать грозящих неприятностей, либо приобрести незаконно какие-либо поблажки или льготы.

С точки зрения судебной психиатрии проблема симуляции достаточно сложной. Имеющееся психическое расстройство и симуляция могут сосуществовать. В ряде случаев психические расстройства вытекают из симуляции, и симуляция переходит в психическое расстройство.

Во всех случаях симуляции присутствует сознательность, преднамеренность и целеустремленность (Н.И.Фелинская, 1977).

Судебно-психиатрическая практика показывает, что симуляция психических заболеваний возможна. По данным современных авторов Л.Ушкевича (1966), Баликаевич (1969), она встречается лишь в 2-3,5% всех случаев судебно-психиатрических экспертиз правонарушителей. По статистике в юридической практике наиболее часто симулируют рецидивисты, совершившие преступление против собственности, возраст 21-45 лет. В незначительном проценте случаев речь идет о чистой симуляции, т.е. изображении душевной болезни психически здоровыми людьми.

Подавляющее большинство симулянтов страдает психопатией, либо психопатоподобными расстройствами резидуально-органической природы (В.Е. Пелипас, 1985).

Симуляция психических расстройств у женщин обнаруживается в два раза реже, чем у мужчин, и преобладает у лиц, повторно совершивших правонарушения. Симуляция может наблюдаться как в период следствия, так и у осужденных. Наиболее часто проявляется в критические переломные моменты: заключение под стражу, судебное разбирательство при изменении режима содержания, отказ в досрочном освобождении и т.п.

Среди вариантов симуляции выделяют превентивную (предшествующую) симуляцию. Речь идет об обращении к психиатрам бедующих обвиняемых, задолго до совершения преступления или когда возникает только угроза возбуждения уголовного дела. Естественно, что ни сам человек, ни его родственники не упоминают о грозящем уголовном преследовании. Это может вводить врачей в заблуждение и вызывать диагностические ошибки.

Другой распространенной формой симуляции является симуляция анамнеза - сообщение вымышленных сведений о психических расстройствах в прошлом, задолго до деликта. Эта самая частая симуляция, обычно ее трудно проверить (например упоминание о судорожных припадках в раннем возрасте или о «голосах», имевших место в прошлом), поэтому данные анамнеза оцениваются в совокупности с объективными сведениями, выявляя степень их корреляции.

Симуляция всегда является индивидуальным творчеством, в котором отражаются интеллект, характер симулянта, его жизненный опыт и, конечно, уровень знания психиатрии. Популяризация медицинских знаний привела к тому, что сейчас с тем или иным успехом имитируют достаточно сложные психопатологические синдромы. Редкостью является симуляция определенной клинической формы заболевания, чаще симулируются

отдельные симптомы (галлюцинации, бред, расстройство памяти, мутизм) или синдромы (ступор, возбуждение, депрессия).

Выделяются два типа симуляции:

- а) имитационный: используемые преимущественно изображают внешние проявления психозов;
- б) вербальный: испытуемые более демонстрируют болезнь на словах, рассказывая о тех или иных симптомах.

Различают несколько вариантов симуляции, возникающей на патологической почве.

Метасимуляция - это искусственное предъявление психических расстройств, имевших место у пациента в прошлом. Чаще всего так поступают подэкспертные, перенесшие алкогольный психоз, в меньшей мере те, кто перенес реактивные психозы.

Сверхсимуляция (сюрсимуляция) - когда психически больной в сложных условиях судебно-следственного процесса начинает сознательно предъявлять признаки иного психического расстройства. Имеет место демонстрация симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию, “не совместимых “ с этим заболеванием (демонстрируется грубый амнестический синдром при шизофрении и т.п.). Например, известны случаи, когда больные шизофренией изображают перед экспертами судорожные припадки или явления слабоумия.

Аггравация - сознательное усиление имеющихся психических расстройств, например, олигофрены демонстрируют больший интеллектуальный дефект, чем у них есть на самом деле.

Установление симуляции психических расстройств здоровыми лицами не представляет больших трудностей, большую сложность составляет выявление симуляции на патологической почве. В решении этого вопроса помогают выявление характера этой почвы, установление глубины и выраженности этого патологического процесса, его прогрессивности и степени изменения личности больного.

Распознавание симуляции обычно представляет сложную задачу. Помогает заподозрить обман преувеличенность жалоб, излишняя их демонстративность, стереотипное воспроизведение своей истории болезни. При уточнении деталей симулянты обычно путаются в показаниях, в их рассказах могут быть взаимоисключающие признаки, внутренняя противоречивость клинической картины демонстрируемого расстройства. Большое значение для СПЭ имеет расхождение между высказанными жалобами подэкспертного и его поведением, особенно в неформальной обстановке.

Контрольные вопросы:

1. Что такое невроты, их основные признаки, судебно-психиатрическое значение?
2. Что такое реактивный параноид, его проявления, судебно-психиатрическое значение?
3. Как проявляется реактивная депрессия, ее судебно-психиатрическое значение?
4. Что такое аффективно-шоковые реакции?
5. Как проявляется ПТСР, его судебно-психиатрическое значение?
6. Что такое истерические психозы, их основные проявления, судебно-психиатрическое значение?
7. Какие условия нужны для возникновения исключительного состояния?
8. Как проявляется патологический аффект? Чем он отличается от физиологического аффекта?
9. Как проявляется патологическое опьянение? Что является определяющим в его развитии?
10. У каких лиц может возникнуть просоночное состояние?
11. Что такое симуляция? Какие бывают виды симуляции?
12. Основные виды симуляции на патологической почве.

11. Судебно-психиатрическая экспертиза при неврозах и расстройствах личности

Проблема соотношения преступления и личности преступника существует с глубокой древности. Оставаясь криминологической, она затрагивает и судебную психиатрию, в первую очередь речь идет о расстройствах зрелой личности (психопатиях). С момента выделения понятия психопатии не утихает дискуссия о связи особенностей психопатических характеров с криминальными действиями. Эти споры отражают две основные точки зрения на сущность психопатий и преступности: биологизаторскую и социологическую. При биологизаторском подходе психопатия рассматривается как биологическое, конституциональное явление, результат неблагоприятной наследственности, повреждений мозга во внутриутробном периоде или во время родов. Преступление тесно связывается с глубоко личностными причинами, характером, темпераментом, инстинктами, стремлением к разрушению, фрустрацией. Криминальное поведение выводится из биологически обусловленных особенностей индивида, его неполноценности.

Вторая точка зрения рассматривает психопатию как следствие неблагоприятных влияний окружающей среды. Преступное поведение тоже обусловлено отрицательными внешними условиями. Следовательно, согласно социологической концепции, внешние воздействия в равной степени формируют психопатию и криминальное поведение. Оно достаточно характерно для личностных нарушений и является по существу симптомом психопатии. В связи с этим целесообразно говорить не о психопатии, а о социопатии как социально обусловленном и антисоциальном явлении. Кстати, в американской психиатрической традиции больные с психопатическими расстройствами именуются как социопаты.

С позиции современных научных данных некорректно говорить об особом сродстве преступности и психопатии. Большая часть

психопатических личностей никогда не нарушают Уголовный кодекс, а сущность и мотивация противоправных поступков в абсолютном большинстве не отличаются от таковых у психически здоровых.

Специально проведенные клинико-статистические исследования показали определенную связь между типом личности и характером криминала. Однако прямой зависимости между этими факторами отметить не удастся. В частности, нет оснований утверждать, что возбудимые психопатические личности более склонны к насильственным действиям, чем, например, истерические, или что представители каких-то групп психопатии совершают преимущественно корыстные действия. В правонарушениях психопатических личностей могут отражаться характерологические черты: жестокость, мстительность, стремление обратить на себя внимание окружающих. Эти особенности могут влиять на мотивацию поступков, но не определяют преступное поведение и не создают прямую корреляцию типа психопатий и криминального действия.

11.1 Расстройство зрелой личности

Психопатии (расстройство зрелой личности) - патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности. По словам выдающегося московского психиатра П. Б. Ганнушкина, эта аномалия характера определяет психический облик, накладывая властный отпечаток на весь душевный склад, в течение жизни не подвергается резким изменениям и мешает приспособляться к окружающей среде. Эти признаки О.В. Кербиковым были положены в основу диагностических критериев психопатии:

1. Тотальность патологических черт характера, они проявляются везде - дома и на работе, в труде и на отдыхе, в условиях обыденных и при эмоциональных стрессах;

2.Стабильность патологических черт характера: они сохраняются на протяжении всей жизни, хотя впервые выявляются в разном возрасте, чаще всего в подростковом, иногда с детства, реже при повзрослении;

3.Социальная дезадаптация является следствием именно патологических черт характера, а не обусловлена неблагоприятной средой.

Если патологические черты характера выражены нерезко и не препятствуют успешной адаптации человека в окружающей среде, то говорят об акцентуации характера. Понятие “акцентуации личности” или “акцентуации характера” ввел в психиатрию Карл Леонгард в 50-е годы нашего века. Он не дал четкого определения акцентуированных личностей, полагая, что они не являются психопатическими (патологическими), но “в силу особой структуры личности постоянно вступают в конфликт со своим окружением”. Такое определение не позволяет провести границу между психопатиями и акцентуациями. Приводимые К. Леонгардом клинические примеры скорее относятся к психопатиям; правда, автор замечает, что он намеревался, как можно резче подчеркнуть анализируемые личностные черты. Вместе с тем он указывает, что в случаях акцентуаций есть лишь количественные отклонения от некоего стандарта личности, это промежуточное звено между психопатией и психическим здоровьем. Еще П.Б. Ганнушкин (1933) утверждал, что между патологическими особенностями и соответствующими им “простыми человеческими недостатками” разница большей частью лишь количественная, так называемые нормальные характеры без всяких границ переходят в патологические. Таким образом, мысль о промежуточных вариантах личностной патологии зародилась уже давно. Она оказалась чрезвычайно плодотворной, позволяя рассматривать акцентуации как этап формирования личности. В одних случаях этот этап завершается образованием здоровой личности, в других может привести к формированию психопатии.

Наиболее четко эту концепцию разработали А. Е. Личко и его ученики. А.Е Личко (1983) определяет акцентуации характера как крайние варианты

его нормы, при которых отдельные черты чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость для определенных психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Описывая акцентуации характера у подростков, А.Е. Личко систематизирует их в соответствии с типологией психопатий, что свидетельствует о сходстве измененных характерологических черт с тем или иным комплексом проявлений патологии личности. Вместе с тем такие отдельные психопатические проявления наблюдаются не только у подростков, их достаточно часто видят судебные психиатры у взрослых. В этих случаях эксперты в заключении указывают на отдельные психопатические черты характера у подэкспертного, подчеркивая этим отличие от психопатий, при которых обязательно тотальное изменение склада личности. Можно предполагать, что в экспертной практике констатация отдельных психопатических черт тождественна диагностике “акцентуации характера”.

Начало разработки клиники и сущности психопатии было тесно связано с развитием судебной психиатрии. Впервые попытки отграничения психопатии от других психических расстройств были предприняты отечественными психиатрами И.М. Балинским и О.М. Чечоттом. Ими в связи с проводившейся судебно-психиатрической экспертизой было отмечено, что некоторые лица на период совершения криминального действия формально не обнаруживали признаков душевного заболевания. Однако их нельзя было также считать душевно здоровыми. Их состояние определялось как психопатическое (Балинский И.М., Чечотт О.М., 1884). Однако этот термин отличался по своему содержанию от того, который применяется сейчас. Вышеуказанные психиатры применяли термин “психопатия, психопатические состояния” как показатель общей психической неполноценности личности, у которой не наблюдается в данное время выраженных признаков душевного расстройства, но в то же время ее нельзя считать здоровой.

Несколько позже немецким психиатром Кохом были описаны особые личности, которые им были названы как личности с психопатической недостаточностью. В руководстве Э. Крепелина к систематике болезней специально была выделена группа психопатии с указанием их разновидностей. Были также отмечены их особенности и принципиальные отличия от других заболеваний. По его мнению, они не имеют признаков прогрессивности заболевания, в то же время обнаруживают ряд существенных признаков, характеризующих личность больных.

Существенный вклад в изучение клиники психопатии был сделан отечественным психиатром П.Б. Ганнушкиным. Им были сформулированы основные критерии психопатий, рассмотрены взаимоотношения типов конституций и вариантов психопатий, даны обстоятельные клинические характеристики психопатий. В клинических описаниях впервые особое внимание было обращено на динамику психопатологических проявлений психопатий. Были выявлены и описаны такие элементы динамики, как фазы, этапы и т.д. Многообразие психопатологических проявлений психопатий, различие в их динамике, условиях возникновения дали основания к дополнительному выделению клинических вариантов психопатических состояний. В настоящее время различают:

1. Конституциональные (генуинные, “ядерные”) психопатии - обусловлены наследственностью и проявляются даже при самым благоприятных условиях непосредственного социального окружения. Обычно у кого-то из родителей, братьев или сестер, или других кровных родственников удается проследить подобные патологические черты характера.

2. Психопатическое (патохарактерологическое) развитие (приобретенные психопатии, патохарактерологические формирования)- является следствием неправильного воспитания или продолжительного дурного влияния окружающей Среды, особенно если это приходится на подростковый возраст - период становления характера. Однако далеко не у

всех под влиянием одинаковых хронических психогенных факторов наступает психопатическое развитие. Неблагоприятные влияния должны упасть на подходящую почву, которой чаще всего служит акцентуация характера. При этом необходимо не просто любое продолжительное неблагоприятное социально-психологическое воздействие, а лишь такое, которое адресуется к “месту наименьшего сопротивления” данного типа акцентуации. Лишь исключительно тяжелые условия способны сформировать психопатию на любой почве (например, воспитание с раннего детства до юности в закрытом учреждении с суровым режимом и жесткими взаимоотношениями).

3. Органические психопатии являются результатом пренатальных, натальных и ранних постнатальных (первые 2-3 года жизни) вредных воздействий на формирующийся мозг. Этими вредностями могут быть тяжелые токсикозы беременности, травмы плода во время беременности и родов, внутриутробные и ранние мозговые инфекции и нейроинтоксикации, длительные истощающие соматические заболевания с первых месяцев жизни. Органические психопатии проявляются с детства, но при повзрослении могут сглаживаться.

4. Психопатоподобные расстройства на почве резидуальных органических поражений мозга возникают после черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и нейроинтоксикаций, перенесенных в возрасте, когда формирование мозга уже завершено, то есть после 3-4 лет.

Распространенность. Большинство психопатических личностей остаются вне поля зрения психиатров, поэтому выявление истинной распространенности психопатий в населении затруднено. Под психиатрическим наблюдением оказываются только наиболее тяжелые личностные аномалии, преимущественно стенического полюса (Смулевич А.Б., 1983). Вместе с тем ряд авторов приводят эпидемиологические оценки распространения психопатий в населении со значительным разбросом показателей. Так, Б.Д. Петраков (1972), по материалам зарубежных

источников, указывает на 0,7:1000 населения для ФРГ и 31,1: 1000 населения для США. G.Vialant, J.Perry(1980) считают, что психопатические личности составляют от 5 до 15% взрослого населения. По данным Б.В. Шостаковича с соавт. (1982), психопатические личности составляют около 7% учтенного в районном психоневрологическом диспансере контингента. Они составляют 4-5 % госпитализированных в психиатрические больницы (Кербиков О.В., 1962, Шумаков В.М., 1980).

Среди направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу психопатические личности составляют от 8 до 12%. При этом частота отдельных форм психопатий различна: истерическая психопатия- 42,7%, возбудимая - 29,2%, паранойяльная - 4,2%, остальные варианты - около 13% (Шостакович Б.В., Парунцева И.А., 1971). Эти показатели, по-видимому, косвенно, хотя и не полностью, отражают распространенность отдельных вариантов психопатий среди населения, во всяком случае, среди учтенного контингента.

Имеются данные о преобладании среди психопатических личностей мужчин - от 2:1 до 3: 1 (Личко А.Е., 1983; Brautigam Н.,1968).

11.2 Особенности проявления симптоматики при психопатиях, динамика психопатии

Психическая дисгармоничность при психопатии зависит от чрезмерной выраженности одних психических свойств и недоразвития других. Так, например, повышенная эмоциональная ранимость и возбудимость при слабости волевого контроля за поведением и реакциями. Тревожность, неуверенность и подозрительность - при недостаточности адекватной оценки окружающего и чувства реальности, эгоцентризм, чрезмерные притязания в своей значимости - при отсутствии реальных к этому способностей, возможностей и т.п. Указанные психические свойства присущи в некоторой степени нормальной в психическом отношении личности, но они в ней представлены в сбалансированном виде.

Применительно к определению психопатических состояний из множества психических свойств и их совокупности имеются в виду преимущественно те, которые приводят к нарушению межличностных отношений и к социальной дезадаптации личности.

Выраженность психических особенностей, приводящих к нарушению межличностных отношений и социальной дезадаптации, может быть различной: от легких проявлений, встречающихся и в норме, что не создает дезадаптации, легко компенсируется, особенно в благоприятных условиях, до весьма значительны, свидетельствующих о наличии психопатии. Однако усиление этих признаков нельзя рассматривать как заострение нормальных черт личности. Здесь количественные изменения отдельных психических свойств, их совокупностей вызывают качественное изменение психического облика личности и особенностей характера межличностных отношений и социальной адаптации.

Следует отметить, что возможность адаптации в жизни при психопатических расстройствах зависит от двух предпосылок: выраженности дисгармоничности личности и внешних факторов. Психопатическая личность может быть удовлетворительно адаптирована в благоприятных для нее условиях (состояние компенсации) и дезадаптирована с яркой выраженностью свойственных ей психопатических проявлений, в том числе и невротических, при неблагоприятных условиях (декомпенсация).

Психопатии отличаются от заболеваний в собственном смысле этого слова, в том числе и от психических. Психопатии тесно интегрированы с особенностями личности, ее установками, в то время как болезни, включая и психические, являются чем-то чуждым для личности больного. Динамика психопатии имеет другие особенности по сравнению с динамикой болезнью. При психопатии отсутствуют спонтанные ремиссии или выздоровление; в лечении психопатии ведущее значение принадлежит коррекции личности и перестройке отношения личности к себе и окружающему. Оценка распространенности психопатий затруднительна, так как лица с психопатией

попадают под наблюдение врачей при декомпенсации их состояний или в случаях нарушения законов.

При психопатии не отмечается, как правило, расстройства восприятий в форме галлюцинаций. Однако возможны отдельные иллюзорные нарушения в условиях аффективной напряженности. Возможно также нарушение ощущений в форме сенестопатий. Эти сенестопатии сходны с таковыми при отдельных соматических заболеваниях. Психопатии не сопровождаются интеллектуальной патологией, как это имеет место при других психических заболеваниях, связанных с органическим поражением центральной нервной системы или шизофренией. Вместе с тем, психопатические личности отличаются обычно несколько особым складом мышления в оценке своего “Я”, понимания своей роли в межличностных отношениях. Имеется тенденция к одностороннему отбору информации, т.е. той информации, которая отвечает установкам личности и имеет для нее особую эмоциональную значимость. В то же время другая информация, не отвечающая или противоречащая этим критериям, игнорируется и отвергается. В связи с этим самооценка и понимание сущности межличностных отношений, особенно когда затрагиваются их интересы, бывает далеко не объективной и порой ошибочной. На этом основании указывалось на относительную интеллектуальную недостаточность больных психопатией. По этой же причине обращается внимание на широко известный факт, что больные психопатией не в состоянии полностью извлекать необходимого урока из своих ошибок. Проявляя известную несостоятельность в оценке явлений и событий эмоционально значимых для них, в понимании абстрактных категорий они обнаруживают те же способности и возможности, что и психически здоровые люди. Наиболее выраженные нарушения у психопатичных личностей наблюдаются в эмоциональной и волевой сферах. Эмоциональные реакции, проявления у одних отличаются чрезмерной выраженностью с бурными вспышками гнева и агрессивным поведением, у других - с переживанием чувства собственной

неполноценности, постоянной тревоги, страха. Это послужило основанием считать психопатами тех, от особенностей которых страдают окружающие или они сами (К.Шнайдер). Эти аффективные проявления относятся к категориям элементарных эмоций, они как бы занимают доминирующее место в аффективной жизни больного. Это обстоятельство дало повод некоторым специалистам считать главным признаком психопатии недоразвитие высших эмоций и квалифицировать их как олиготимии. Невротические симптомы постоянно сопровождают состояния декомпенсации и могут возникнуть под влиянием как неблагоприятных факторов, так и в связи с особенностями динамики психопатии. Неблагоприятными факторами могут быть соматические и инфекционные заболевания, интоксикации, эмоциональные стрессы. Здесь следует отметить, что психопатические личности часто сами создают патогенные (конфликтные) для себя ситуации.

11.3 Основные типы расстройств зрелой личности

С момента выделения психопатий в отдельную клиническую группу постоянно предпринимаются попытки создать систематику их проявлений. Предлагаемые в различное время классификации психопатий строились преимущественно на основе клинического принципа с выделением для отдельных их форм ведущих психических расстройств, по характеру определялось и наименование формы.

Собственно ни одна классификация полностью не удовлетворяет современным воззрениям, что свидетельствует о сложности и противоречивости проблемы. Можно говорить лишь о главных принципах группировки психопатий, которые сводятся к трем положениям:

во-первых, она должна опираться на клиническую основу и избегать социально-оценочных градаций типа “моральный - аморальный”, “лжец”, “мошенник” и т.д. ;

во-вторых, не имеется особых оснований стремиться к максимальной дискретности группировок, необходимо учитывать положение О.В. Кербикова о зыбкости границ между патологическими состояниями в области “малой” психиатрии;

в-третьих, целесообразно пытаться объединить всевозможные мелкие варианты патологического характера в достаточно крупные образования, поддающиеся клинической и статистической характеристике.

Самым успешным могло бы быть дихотомическое деление психопатий на преимущественно стеничных и астеничных личностей. Однако, несмотря на реальность существования таких разнонаправленных по характеру и энергетическим потенциалам личностей, двучленная классификация оказалась слишком обедненной. Так, малоуспешной была попытка Э.Кречмера (1921) свести все многообразие личностной патологии к двум типам: шизоидам - астеникам и циклоидам-пикникам, а также стремление К.Юнга (1924) выделить экстравертов и интровертов. Дополнение этой схемы группой эпилептоидов, предпринятое Ф. Минковским, не сделало ее исчерпывающей. Также оказалась слишком узкой и умозрительной трехчленная классификация Д. Хендерсона. Опыт говорит, что вариантов личностной патологии значительно больше трех.

Гипертимный тип психопатии характеризуется постоянно повышенным настроением и безудержным оптимизмом. С раннего детства гипертимы отличаются общительностью, подвижностью, склонностью к озорству. Поначалу отношение окружающих к ним доброжелательное - они дружелюбны, всегда в хорошем настроении, все схватывают на лету, хорошо учатся.

В детском и подростковом возрасте у них может не быть проблем с окружающими, они ни у кого не вызывают неприязни, не вступают в конфликты ни со сверстниками, ни со взрослыми при условии, что им позволяют делать все, что они хотят и ни в чем не противодействуют.

Им свойственно стремление к чрезмерной самостоятельности. Если родители позволяют такому подростку выбирать друзей и увлечения по его собственному желанию, то никаких ссор может не возникать. Но если его начинают чрезмерно опекать, контролировать или подавлять, навязывая ему другой круг общения или интересы, противоречащие его собственным стремлениям, то бывает, что такая ситуация оказывается непереносимой для подростка-гипертима, и возникает декомпенсация.

В некоторых случаях это наблюдается в школе. Подвижные и активные дети с трудом способны просидеть за партой целый учебный день, не имея возможности общаться со сверстниками во время уроков. Они неусидчивы, легко отвлекаются и не подчиняются дисциплине.

Их стремление к самостоятельности обычно проявляется уже с детских лет, поэтому подчиняться школьным правилам и дисциплине им очень трудно. Они должны умерить свою активность, а это им тоже не нравится. Перемен между уроками явно не хватает для их деятельной натуры. Поэтому неподчинение взрослым может проявиться не в семье, где их не ограничивают, а в школе.

Кроме того, они предпочитают сами избирать себе товарищей по играм, и друзей у них обычно много. В классе же им навязан коллектив из одних и тех же детей, а никакого давления со стороны и лишения их собственной инициативы в выборе они не терпят.

На любое давление взрослых, которое они расценивают как покушение на свою свободу и самостоятельность, подростки гипертимы реагируют однотипно - вспышками раздражения и гнева. Поэтому при попытке учителей их утихомирить они могут бурно реагировать.

Они отличаются хорошими способностями, хорошей памятью, сообразительностью и живым умом, но им мешает отсутствие усидчивости и недисциплинированность. Успехи в учебе у них неровные: там, где достаточно сообразительности, они легко справляются и схватывают все на лету; на занятиях, требующих упорства и настойчивости, их успехи

значительно хуже. Когда подростки, привыкшие, что все дается им легко, осознают такие неудачи, это тоже может привести к бурным эмоциональным реакциям. Иногда они начинают прогуливать те школьные занятия, которые им не нравятся. Учителя обращают на это внимание родителей, что может усилить конфликт. Если родители ни в чем ни препятствуют таким детям, то вспышки гнева возможны только в ответ на замечания учителей. Но если родители начинают контролировать, как они выполняют домашние задания и посещают школьные занятия, то конфликт переносится и в семью.

Это непереносимая для подростка-гипертима ситуация. Реакции раздражительности у него учащаются, возникают конфликты и с учителями, и с родителями. В таких случаях он может совершить побег из дома. Побег может произойти после ссоры с родителями, без предварительной подготовки, и носить авантюрный характер. Подросток не задумывается над тем, где он будет жить и чем питаться, убежав из дома. Во время таких побегов его опьяняет чувство свободы и отсутствие каких-либо запретов взрослых. Он может вступать в беспорядочные сексуальные контакты, может начать выпивать и совершать мелкие криминальные действия, например, мелкое воровство продуктов или денег.

Гипертипам вообще свойственна некоторая легкомысленность, бесшабашность и склонность к авантюрам. У таких подростков нет четкой границы между дозволенным и недозволенным, что может привести к мелким асоциальным действиям, но не вследствие сознательного желания нарушить закон или что-то присвоить, а из-за присущего им легкомыслия.

Декомпенсация у гипертимного психопата может возникнуть не только из-за давления, оказываемого взрослыми, но и из-за конфликтов в подростковой компании. Обычно они стремятся занимать лидирующее положение в группе, во все вмешиваются, командуют остальными подростками, и это может встретить противодействие со стороны других членов группы. Кроме того, гипертипам быстро надоедает общение с одними и теми же сверстниками, и они ищут другой круг общения. Они легко входят

в новую группу и хорошо осваиваются в ней, поначалу их считают остроумными и компанейскими. Но в этой группе они тоже стремятся к лидерству, а в подростковых компаниях, как правило, уже есть свой лидер, и это может встретить противодействие со стороны других членов группы. Кроме того, сверстников может тяготить чрезмерная активность таких подростков, далеко не всех увлекает их склонность к авантюрам, что создает дополнительную межличностную напряженность. Поэтому гипертимы часто меняют компании и не всегда оставляют о себе положительное впечатление. Порой их уход остальные члены группы воспринимают с облегчением.

После окончания школы и изменения статуса - поступления в вуз или начала трудовой деятельности - меняется их жизненный стереотип, но основные черты остаются неизменными.

Гипертимные психопаты легко адаптируются в обществе, улавливают общий фон настроения. Они приветливы, добродушны и общительны, свободно проявляют свои чувства. Подолгу обижаться, таить злобу и вынашивать коварные замыслы они не способны. Их эмоции просты и понятны окружающим, они ведут себя естественно, не умеют хитрить, лавировать и выжидать. Чаще всего они реалисты и принимают жизнь такой, какая она есть, без драматизма и излишней мечтательности. Общаться с ними легко, если им не противодействовать и потакать их повышенной активности. Вначале они вызывают симпатию из-за своего постоянно хорошего настроения, остроумия и общительности. Они вносят новую струю оживленности и веселья в коллектив. Но и будучи взрослыми, они стремятся выбрать тот круг общения, который им импонирует, где они могут проявить свою активность. А в условиях студенческой группы или постоянного трудового коллектива их безграничная активность порой может быть не реализована.

Гипертимов часто упрекают за пренебрежение занятиями при обучении. На учебных занятиях они быстро усваивают новую информацию и теряют к ней интерес, начинают отвлекаться сами и мешать другим. К

полученным замечаниям относятся легко, быстро их забывают и вновь нарушают учебную дисциплину. Но когда в результате частых пропусков у них появляется академическая задолженность, вплоть до угрозы отчисления из вуза - это становится психотравмирующей ситуацией. Наверстать упущенное они не способны физически, к тому же им не хватает усидчивости и упорства, а потерпеть поражение не в их характере. Они крайне болезненно воспринимают свои неудачи и нарекания со стороны окружающих, часто это является причиной декомпенсации.

Декомпенсация может произойти и из-за конфликтов в трудовом коллективе. Встреченные поначалу с симпатией, со временем гипертимы начинают утомлять коллег своей болтливостью, чрезмерной активностью, неуместными выходками. Гипертимы не способны долго сидеть за рабочим столом, сосредотачиваясь на работе. Через короткое время они начинают крутиться, вертеться, разговаривать с соседями и т.д. Продуктивность их работы невелика, к тому же они мешают работать остальным. Это может создавать межличностную напряженность в коллективе, вплоть до серьезных конфликтов и необходимости покинуть эту работу.

Гипертимы с удовольствием занимаются общественной работой, организуют различные мероприятия, концерты, вечера, могут принимать участие в художественной самодеятельности, любят роль конферансье или выступают в роли массовиков-затейников. В данном виде деятельности они могут полностью реализовать себя.

В чистом виде гипертимность встречается относительно редко. Обычно бывает сочетание гипертимности с другими видами психопатии, выделяют три варианта сочетания гипертимности с другими расстройствами.

Самый частый вариант - гипертимно-неустойчивый. У таких людей наблюдается неистребимая тяга к развлечениям и различным авантюрам. Они постоянно в роли заводилы, подбивают компанию на всевозможные шалости и розыгрыши. Их неизменно хорошее настроение и легкость в общении привлекает много приятелей. Они являются лидерами и

организаторами различных проделок, рискованных походов без достаточной подготовки (например, плавание на байдарках по бурной, порожиистой реке или восхождение на гору без альпинистского снаряжения. Они бесшабашно рискуют собственной безопасностью и безопасностью других, любят заключать пари на различные рискованные поступки. В этих случаях их авантюры могут быть на грани криминала. Они легко нарушают общепринятые нормы поведения, морали и закона, могут злоупотреблять алкоголем и наркотиками, ведут беспорядочную половую жизнь.

При гипертимно-истероидном варианте, наряду с повышенным настроением, имеются черты напоминающие истерический тип психопатии. Такие люди стремятся быть в центре внимания, преувеличивают собственные достоинства, хвастаются своими мнимыми подвигами и приключениями. В отличие от истероидов, гипертимы не отождествляют себя с персонажами выдуманных историй, они придумывают это для привлечения внимания публики. В конфликтной ситуации гипертимно-истероидные психопаты могут совершать демонстративные попытки суицида.

При гипертимно-эксплозивном варианте, наряду с повышенным в целом настроением, могут быть вспышки гнева, раздражительности, которые возникают при малейшем внешнем сопротивлении их действиям со стороны окружающих. Порой агрессивность демонстрируется даже при намеке на сопротивление. При реальном же сопротивлении в их чрезмерной активности такие люди реагируют яростью, потоком нецензурной брани и даже физической агрессией. Причем интенсивность эмоциональной ответной реакции по силе совершенно не соответствует оказанному сопротивлению. Такие бурные вспышки быстро проходят, обиды быстро забываются, отношения часто восстанавливаются и продолжаются как приятельские. Чаще всего гипертимно-эксплозивный вариант встречается у людей, перенесших черепно-мозговую травму.

У подавляющего большинства гипертимов, независимо от варианта сочетания, преобладают низшие влечения. Усиленное половое влечение заставляет их искать множество сексуальных связей, даже будучи в браке. Быстро увлекаются партнером и также быстро охлаждаются к нему, пускаясь в поиски новых приключений. Склонны к злоупотреблению спиртных напитков.

Гипотимный (конституционально-депрессивный) тип - это люди с постоянно пониженным настроением, все воспринимают в мрачных тонах, склонны к пессимизму и не ждут от будущего ничего хорошего. Они угрюмы и замкнуты, не любят шумного общества. Большую часть времени заняты самоанализом, поиском собственных ошибок и самобичеванием по этому поводу. Их постоянно преследуют угрызения совести, они считают себя неудачниками. Даже если окружающие хорошо к ним относятся, они считают, что ничем не заслужили такого отношения. Самооценка занижена, часто они тревожны, живут в ожидании какой-либо неприятности, в происходящих событиях склонны видеть только мрачные стороны.

За угрюмость и малообщительность их недолюбливают другие люди, друзей у них очень мало. Но в своем узком кругу они могут быть весьма обходительными, приветливыми и отзывчивыми, раскрывают свою доброту и мягкость. Гипотимы способны на глубокие чувства и сопереживания, хотя внешне они могут это не проявлять. Они всегда приходят на помощь, если она кому-то необходима.

Иногда гипотимы маскируют свое подавленное настроение внешним весельем и оживленностью находясь на людях, однако оставаясь наедине они опять погружаются в печаль и уныние.

В работе гипотимные психопаты добросовестны, трудолюбивы и аккуратны. Из-за заниженной самооценки и критического отношения к себе они склонны предвидеть возможные неудачи и осложнения и стараются все предусмотреть. Чаще всего их высоко ценят на работе за их исполнительность, трудолюбие и практический склад ума. Но они не любят

быть на виду и избегают проявлять инициативу, которая может выделить их из остального коллектива. Чрезмерно переживая мелкие, а порой и мнимые неприятности, они крайне тяжело переносят реальные психические травмы и психотравмирующие ситуации. Любое несчастье они переживают гораздо болезненнее других. Даже если в случившемся несчастье нет никакой его вины, гипотимный психопат склонен винить себя, терзая себя навязчивыми мыслями. В таких ситуациях депрессия углубляется, формируются идеи греховности и самообвинения, возможны суицидальные попытки.

Декомпенсация у гипотима может наступить и при повышенной нагрузке или при предъявлении ему чрезмерных требований. При этом наблюдается истощаемость, неспособность к длительному напряженному труду и развивается нервный срыв. Некоторые гипотимы проявляют мнительность и озабоченность собственным здоровьем, вплоть до развития ипохондрического синдрома.

Для коррекции своих психологических проблем, в частности для поднятия настроения, они могут прибегать к злоупотреблению алкоголем.

Лабильный тип психопатии - Этот тип психопатии характеризуется очень частой сменой настроения. Но в отличие от циклоидной психопатии, которой свойственна фазность и относительная устойчивость периодов пониженного настроения, достигающих 2-3 недель, при лабильном типе внешне совершенно немотивированная смена настроения может происходить по несколько раз в течение одного дня.

Однако то, что родителям или учителям кажется беспричинным, для подростка с лабильной психикой имеет очень важное значение. Поэтому второе основное отличие лабильных психопатов от циклоидных состоит в том, что у лабильных перепады настроения спровоцированы чем-нибудь болезненным для подростка, а у циклоида и повышенное и пониженное настроение возникает эндогенно, без провоцирующих факторов во внешней среде.

Лабильные подростки очень тонко чувствуют изменения отношения окружающих к себе. На любое незначительное замечание, косой взгляд, смешки одноклассников вслед - поводы для испорченного настроения и уныния. Напротив, ободрение, похвала, комплимент быстро поднимают настроение. Родителям и учителям такие частые и резкие перепады настроения кажутся беспричинными, ведь на их взгляд поводы для волнения ничтожны. Эмоционально лабильных подростков могут считать капризными, избалованными или легкомысленными, что не соответствует истинному положению вещей. Лабильные личности способны на искренние и глубокие чувства, особенно к родным и близким, когда те заботятся о них, любят их и понимают их душевный склад. Лабильные подростки способны и на настоящую дружбу, но в дружбе они избегают грубых и бестактных сверстников, предпочитая им тех, кто способен их выслушать и утешить.

Эта сверхчувствительность к внешним воздействиям сохраняется и во взрослом состоянии. Эмоциональные реакции могут быть очень экспрессивными, в виде эмоциональных взрывов, но без агрессивности. Лабильные психопаты не способны на длительные переживания и быстро истощаются. Часто на ядро эмоциональной лабильности наслаиваются черты другого типа - истероидного, неустойчивого, сенситивного.

Лабильно-аффективная психопатия обычно рассматривается в упомянутой сборной группе возбудимых психопатов. Хотя аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу, однако они быстро истощаются. Гнев легко сменяется слезами. В аффекте не бывает склонности к грубой агрессии. Обычно он ограничивается бурными эмоциональными проявлениями, иногда возникают реакции аутоагрессивного типа. Постоянная смена настроения ведет к крайней неусидчивости, отвлекаемости, быстрой смене интересов. От всего этого страдает учеба, возникают постоянные конфликты как со старшими, так и со сверстниками. Обычно отсутствует характерная для лабильной акцентуации правильность самооценки, нет критичности к своему поведению.

Лабильно-истероидная психопатия может быть как ядерной, т.е. эндогенным сочетанием двух типов, так и следствием психопатического развития при воспитании лабильного подростка в системе потворствующей гиперпротекции. Истероидный эгоцентризм здесь оборачивается более эгоистичным требованием беспредельной любви и забот со стороны эмоционально-значимых лиц, чем жаждой привлекать к себе взоры всего окружения. Фантазии обычно лишены упоительно-авантюрной жилки. Нет намерения своими выдумками показать исключительность своей особы. Фантазии имеют более романтическую окраску, это скорее идеалистические мечты о свершении надежд, о безмятежном счастье и блаженстве. Тем не менее под действием психических травм и в трудных ситуациях острые аффективные реакции и реактивные состояния приобретают отчетливую истерическую окраску.

Лабильно-неустойчивая психопатия, как правило, возникает по типу психопатического развития на фоне лабильной акцентуации вследствие воспитания, сочетающего эмоциональное отвержение с гиперпротекцией. Внешне имеется “синдром неустойчивого поведения”, сходство с психопатией неустойчивого типа из-за делинквентности, побегов из дома и т.п. Однако от неустойчивой психопатии таких подростков отличает не только большая эмоциональность, но и способность к теплым привязанностям, стремление избегать всяческих эксцессов- и делинквентных, и алкогольных, и сексуальных.

Лабильно-сенситивная психопатия может быть как эндогенным сочетанием обоих типов, так и следствием психопатического развития из лабильной акцентуации в условиях воспитания по типу эмоционального отвержения и особенно в “положении Золушки”. Эмоциональная лабильность здесь в основном проявляется частыми спадами настроения при отсутствии радостных всплесков, легкостью упадка духа и слезливостью даже при напоминании о бывших ранее неприятностях, но быстрой

податливостью утешению и успокоению. В остальном преобладают сенситивные черты.

Сенситивный тип психопатии. В отношении этого типа психопатии мнения разных психиатров расходятся. В прежние годы многие знаменитые психиатры относили таких людей к другим типам психопатий - к шизоидам или астеникам, но сенситивные психопаты существенно отличаются от шизоидов и несколько ближе к астеникам, однако составляют особую подгруппу. Поэтому известный психиатр А.Е. Личко, блестяще описавший акцентуации характера и психопатии у подростков, выделяет сенситивную психопатию как отдельный тип.

Это люди, чрезмерно чувствительные и впечатлительные, с высокими моральными требованиями к себе. Они постоянно ощущают свою неполноценность, еще более усиливающуюся при их оценке собственных волевых и морально-этических качеств, что создает основу для формирования комплексов в подростковом возрасте.

Они обидчивы и ранимы, застенчивы и робки, что мешает им подружиться с теми, кто им симпатичен, они не умеют и не стремятся быть лидерами или “душой компании”, не любят авантюры, приключения и риск, не любят ссориться, лгать, притворяться и выставлять свои переживания на показ, поэтому на первый взгляд могут произвести впечатление замкнутых. В подростковом возрасте внутреннее самоуничижение может сосуществовать с отчаянной бравадой в поведении.

С ранних лет они пугливы и боязливы, боятся страшных сказок, темноты, бродячих собак, оставаться дома одни. Часто в детском возрасте просят, чтобы родители брали их к себе в постель, засыпают лишь, ощущая присутствие матери. Они боятся и своих более активных и драчливых сверстников, поэтому избегают озорных и рискованных развлечений, предпочитая тихие одиночные игры, или избирая для общения детей младше себя. Такие дети понимают свою несостоятельность, но не стремятся ее преодолеть и стараются не привлекать к себе внимания, избегая ситуаций,

где могут проявиться их слабости. Плохо переносят новую обстановку, с незнакомыми людьми становятся еще более робкими и застенчивыми, предпочитают молчать. Однако их нельзя считать замкнутыми, поскольку они охотно общаются с родственниками или хорошо знакомыми людьми. Очень привязаны к своим близким, и к тем, кто занимался их воспитанием в детстве, например, няня, первая учительница и т.д.

В школе первое время испытывают трудности в адаптации, боятся контрольных, отвечать у доски и т.п. Обычно учителя ценят их послушность и дисциплинированность, что способствует доброжелательным взаимоотношениям и, в конечном итоге, удовлетворительной адаптации в школьном коллективе.

В подростковом возрасте реакции эмансипации сглажены, такие дети не тяготеют опекой взрослых, напротив, нуждаются в ней. Реакция группирования слабая, они не стремятся в подростковые компании, предпочитая одного-двух постоянных друзей. У них рано формируется чувство долга и ответственности, нравственно-этическая позиция с высокими требованиями к себе и окружающим. Они не терпят грубости, бестактности и жестокости, однако вслух предпочитают не высказывать свое недовольство, переживают внутри себя.

Слабым местом у сенситивных подростков являются ситуации, когда в наибольшей степени проявляется их чувство собственной неполноценности. Для них очень важно, как относятся к ним окружающие, поэтому они часто тянутся к более старшим друзьям. В среде сверстников они часто подвергаются насмешкам и оскорблениям, их обзывают “маменькими сыночками” и т.д.

У некоторых могут наблюдаться нарушения поведения - прогулы школьных занятий, побеги из дома или интерната, но причины такого поведения отличаются от аналогичных проявлений у других. Чаще всего так поступают “затравленные” сенситивные подростки, когда насмешки, грубость и издевательства сверстников создают для них невыносимую

ситуацию. Иногда они могут затеять драку с обидчиком, но это скорее акт отчаяния, чем агрессивность. Драчливость, хулиганские действия не свойственны сенситивным психопатам. Для таких подростков очень болезненны ситуации, когда они подвергаются несправедливым обвинениям в неблаговидном поступке, который они не совершали. Они очень чувствительны к отношению окружающих. Иногда незначительное, вскользь брошенное замечание или упрек могут повергнуть такого подростка в уныние и привести к отказу посещать школу. В любых психотравмирующих ситуациях у сенситивных подростков возможно возникновение длительных периодов сниженного настроения, когда их ощущение собственной неполноценности может стать очень выраженным. В такое время часты попытки самоубийства. Бывает, что самоубийству предшествует длительный период, когда мысли о своей никчемности и нежелании жить возникают неоднократно, но реальных попыток самоубийства подросток не предпринимает. Но когда накапливаются неудачи и усиливается разочарование в себе, какой-нибудь незначительный повод может стать последней каплей, и сенситивный психопат решает покончить с собой.

В старших классах школы у сенситивных подростков может проявиться реакция гиперкомпенсации, когда прежние тихони начинают вести себя вызывающе. Они ищут компенсации своей слабости именно в тех областях, где чувствуют свою неполноценность. Прежние робкие, стеснительные девочки посещают все школьные вечера, дискотеки, резко меняют свою внешность с помощью декоративной косметики и вызывающей одежды, курят. Мальчики демонстрируют свою развязность и заносчивость, стараются показать свою волю, начинают выпивать и курить. У некоторых подростков старшего возраста стремление к самоутверждению и реакция гиперкомпенсации могут проявляться в желании добиться общественных постов, получить ответственные поручения и т.д. Часто эти стремления не соответствуют их реальным возможностям, в конечном итоге это может

привести к декомпенсации, резкому снижению настроения и попыткам суицида.

Психастеническая психопатия. Основные психастенические черты - это нерешительность, неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности, склонность к постоянным сомнениям и трудности в принятии решения. Из-за этих черт психастеники не приспособлены к жизни. Они проявляют пониженную активность, склонность к самоанализу и болезненному мудрствованию, недостаточную живость и яркость восприятия. Психастеники чрезмерно предусмотрительны в отношении возможного нежелательного для них хода событий, из-за постоянных сомнений в правильности своих действий у них возникает потребность повторно перепроверять сделанное.

С самого детства они отличаются пугливостью, робостью, застенчивостью, конфузливостью, малой двигательной активностью. Они крайне впечатлительны, тревожно-боязливы, плохо спят ночью, испытывая многочисленные страхи. Психастеники склонны к фантазированию и мечтам, нов них обычно отсутствует счастливый конец, наоборот, завершение может иметь мрачный или даже трагичный характер. Мечты и фантазии отражают их неуверенность в себе, они испытывают потребность постоянно вспоминать о тревожащих образах, представляют, что им грозит беда. Если этих детей неправильно воспитывают деспотичные родители, подавляя их волю и добиваясь беспрекословного подчинения, их психастенические черты заостряются. У таких детей после испуга или психической травмы часто возникают различные тики и заикание.

В школьном возрасте усиливается их тревожность и ранимость. Они постоянно сомневаются в правильности своих поступков, очень болезненно переносят выговоры и наказание. Такие дети вечно боятся опоздать в школу, поэтому рано встают и приходят на занятия раньше всех, по несколько раз перепроверяют содержимое своего школьного портфеля из опасения забыть что-либо. Обладая хорошим интеллектом и пытливым умом, они дольше всех

выполняют какие-либо задания учителя, так как постоянно себя перепроверяют и сомневаются в правильности своих ответов. Испытывают огромное напряжение, когда приходится отвечать у доски, сразу забывают выученный урок, краснеют, заикаются.

Свою робость и неуверенность психастеники могут компенсировать какими-либо движениями или действиями: вертят в руках ручку, покусывают губы, без нужды поправляют прическу. Иногда вышеуказанные движения и действия превращаются в навязчивые, становясь источником дополнительных страданий.

В подростковом возрасте такие дети часто страдают комплексом неполноценности. Это может касаться их психических способностей - например, они считают других сверстников гораздо умнее себя, более смелыми и решительными. Бывает, что комплекс неполноценности вызван мнимым дефектом собственной внешности. Так, некоторые приобретают уверенность, что у них есть какой-либо физический недостаток, - это называется дисморфофобией, они подолгу разглядывают себя в зеркале, стесняются появляться в общественных местах и т.д. У девочек может развиваться на этой почве нервная анорексия.

Особенно усиливаются психастенические черты при начале самостоятельной жизни, когда приходится отвечать и за себя и за других. В выраженных случаях психастеник занят бесплодной умственной работой, так называемой умственной жвачкой. Он бесконечно анализирует собственные поступки, сомневается в правильности принятого решения или выполненного задания, редко доволен собой и склонен к заниженной самооценке. Из-за этого многие больные страдают различными навязчивостями - в виде навязчивых сомнений, идей и страхов. Они могут докучать своим близким и другим окружающим людям своими болезненными сомнениями, постоянно советуясь по пустяковым вопросам.

У психастеников повышенное чувство ответственности и долга, доходящее до гиперсоциальности. Они могут быть хорошими

исполнителями, на которого всегда можно положиться, если только не подгонять его, не определять сжатые сроки, а предоставить возможность работать в оптимальном режиме. Из-за своей аккуратности и исполнительности он в любом случае постарается завершить работу как можно раньше. Но если срок жестко определен и переоценены возможности, то для психастеника возникает психотравмирующая ситуация, развиваются невротические симптомы, многочисленные вегетативные нарушения, наступает декомпенсация с резким снижением трудоспособности.

Такие люди чаще всего консервативны, не любят, когда что-то меняется в их привычном жизненном стереотипе, любые перемены вызывают у них тревожные опасения и сомнения.

К алкогольным напиткам большинство из них относится спокойно. Могут начать злоупотреблять алкоголем, попав в компанию, где принято пить часто и помногу. Из-за своей нерешительности и внушаемости они порой подчиняются таким традициям, не имея смелости отказать, когда их уговаривают выпить. Это может приводить к алкоголизму. К правонарушениям не склонны, однако попадая в асоциальную компанию могут идти на поводу у своих лидеров, из-за застенчивости и робости не могут отказаться от каких-либо противоправных нарушений.

Шизоидная психопатия характеризуется эмоциональной холодностью и неспособностью выражать теплые чувства и привязанности, скрытностью, патологической замкнутостью и недостатком контактов с другими людьми, неспособностью переживать наслаждение, оторванностью от реальности и погруженностью в свой внутренний мир.

Одной из наиболее рельефных характеристик этого типа психопатии является замкнутость и необщительность. Ограниченность контактов с окружающими вызвана не болезненной застенчивостью и стеснительностью, как при других типах, а неумением строить отношения с людьми и отсутствием внутренней потребности в общении. При формировании шизоидной психопатии необычные черты появляются уже в возрасте 3-4

года. Такие дети не любят шумных забав и подвижных игр, предпочитают тихие уединенные занятия и не стремятся к активному общению с ровесниками. С самых первых лет жизни они предпочитают играть одни, всегда молчаливы и слишком серьезны. Иногда предпочитают ровесникам общество взрослых, могут подолгу слушать беседы взрослых, не мешая им и не докучая, проявляя недетскую сдержанность и холодность.

Наряду с нормальным интеллектуальным развитием, ранним развитием речи и богатым словарным запасом у детей-шизоидов может быть затруднение в приобретении двигательных навыков и навыков самообслуживания. Часто такие дети бывают неуклюжими, медлительными.

В подростковом возрасте они резко отличаются от сверстников, становятся еще более непохожими на остальных. Замкнутость, отгороженность от других бросается в глаза. Из-за этого у окружающих возникает особое отношение к шизоидам: их считают странными, их сторонятся. Но такое одиночество не особо тяготит таких людей, они погружаются в мир своих богатых фантазий, углубляются в книги и свои увлечения. Реакции группирования выражены слабо, находясь в группе, они занимают особое независимое положение в ней. Реакции эмансипации наблюдаются лишь в случаях, когда взрослые пытаются ограничить шизоида в его увлечениях, в этих случаях возможны уходы из дома.

Могут быть расстройства настроения в виде депрессивных эпизодов, которые обусловлены внешними психотравмирующими факторами. У отдельных личностей проявляется дисморфофобия.

Необычность эмоциональной жизни шизоидов проявляется и в том, что они способны тонко чувствовать воображаемые образы, но неспособны понять простые эмоции близких людей и откликаться на них. Они готовы к самопожертвованию ради высшей идеи, торжества отвлеченных концепций общечеловеческого масштаба, а то, что происходит с близким человеком, находящимся рядом, не замечают. Недостаток интуиции у шизоидов считается их наиболее важным дефектом. Из-за своей неспособности

почувствовать чужое эмоциональное состояние они часто слывут черствыми и грубыми людьми, допускают бестактные поступки. По этой же причине они не способны установить и постоянные сексуальные контакты, заменяя их различными фантазиями, а порой и сексуальными перверсиями.

Парадоксальны все проявления их психической деятельности - они могут быть податливы, внушаемы и легковерны, и одновременно настороженны, упрямы. Увлечение личным творчеством или интересующей шизоида теоретической разработкой порой сочетается с пассивностью в решении простых житейских проблем.

Алкоголь употребляют мало, так как он не приносит им желанного облегчения. Особенности психического склада предрасполагают к суицидам. Правонарушения совершают редко, обычно в одиночку, их преступления отличаются оригинальностью и тщательностью подготовки.

Эпилептоидная психопатия. Основными особенностями характера эпилептоидных психопатов является повышенная возбудимость в сочетании со взрывчатостью, злобностью, злопамятностью, мстительностью, склонностью проявлять бурные реакции с агрессией в ответ на незначительные внешние раздражители. По мнению ряда исследователей (Спивак Л.И., 1962 и др.) чем меньше возраст, в котором проявляются ее черты, тем тяжелее она бывает.

С детства такие дети периодически бывают хмурыми, мрачными, беспричинно озлобленными, изводят своих близких и других детей капризами и немотивированной злобностью. У них рано проявляются садистические наклонности, которые с возрастом становятся еще более явственными: они издеваются над животными и более слабыми детьми, которые не могут дать им отпор. В коллективе проявляют властность и деспотизм, претендуя на роль “вождя” и “властелина”, требуют безоговорочного подчинения себе.

В школьные годы у epileptoidов проявляется приверженность правилам, повышенная аккуратность, мелочная скупуплезность во всем, это стремление к внешней аккуратности часто идет во вред учебе.

Наиболее рельефной особенностью является наличие частых, внешне ничем не спровоцированных периодов мрачного, угрюмого, тоскливо-злобного настроения, которые называются дисфориями. В течение периода дисфории неуклонно накапливается раздражение, и epileptoidный психопат ищет, на ком бы сорвать накопившуюся злобу. Эта злобность не имеет никакого отношения к поведению окружающих, она идет изнутри и является наиболее характерным эмоциональным проявлением данного вида психопатии. Стремление окружающих предотвратить дисфорию своею доброжелательностью и готовностью пойти навстречу в любых желаниях не имеет успеха, напротив, иногда еще более озлобляется и использует случайный повод для выплескивания своего раздражения. Эмоциональная разрядка отличается не только силой, но и продолжительностью. Возможно даже двигательное возбуждение, с поломкой вещей, угрозами в адрес окружающих и агрессивностью. Дисфория может продолжаться до нескольких дней. В этот период epileptoidные психопаты могут быть опасны для окружающих, так как в состоянии нанести тяжкие телесные повреждения или даже совершить убийство.

Мышление epileptoidов отличается ригидностью, именно этим объясняется их злопамятность и мстительность. Часто регистрируются аномалии влечений в виде сексуальных перверсий, пиромании, дромомании и т.д. Epileptoidы склонны алкоголизироваться, хронический алкоголизм развивается быстро, опьянение протекает тяжело, обостряя природную жестокость и злобность.

Возможна epileptoidная психопатия не в чистом виде, а в сочетании с какими-либо чертами, свойственными другим видам психопатии.

Истероидная психопатия. Главной чертой является эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания окружающих к своей персоне,

потребность вызывать восхищение, удивление, почитание, сочувствие. Иногда они предпочитают даже негодование и ненависть в отношении себя, но только не перспективу остаться незамеченным. Все остальные качества определяются этой чертой. Лживость и фантазирование направлены на приукрашивание своей личности с целью привлечь к себе внимание. Кажущаяся эмоциональность оборачивается отсутствием глубоких чувств, театральностью переживаний.

Подобные черты проявляются с детства, истероиды охотно участвуют в художественной самодеятельности в детском саду и школе, чтобы побыть в центре внимания. В подростковом возрасте с целью привлечения внимания используются нарушения поведения: прогулы, явное нежелание работать и учиться, мелкое хулиганство в общественных местах. В этом возрасте закладывается противоречие между уровнем притязания данных людей и их реальными возможностями и успехами.

Склонны к демонстративной алкоголизации, которую преувеличивают, иногда совершают демонстративные побеги из дома и не менее демонстративные суицидальные попытки.

Отдельные истероиды привлекают к себе внимание, сочиняя истории про свои мнимые болезни и проблемы, с целью разжалобить окружающих, вызвать у них сочувствие. Другие в вымышленных рассказах выставляют себя в роли героев, отважных путешественников, великих изобретателей и т.д. Возможное разоблачение ничуть не пугает истероидных психопатов, даже будучи изобличенными во лжи они не смущаются и отправляются искать другую компанию, других слушателей своих выдумок.

Реакция группирования со сверстниками сопряжена с претензиями на лидерство или на исключительное положение в группе. Самооценка очень далека от объективности, критики к поведению практически нет.

Удары по эгоцентризму являются самыми чувствительными для истероидной натуры. Неспособность занять видное положение, утрата внимания со стороны значимых лиц - все это может привести к

декомпенсации, проявляющейся снижением настроения и демонстративными нарушениями поведения. При тяжелых декомпенсациях под воздействием психических травм могут развиваться реактивные истерические психозы - истерические сумеречные помрачения сознания, псевдодеменция и т.д.

Истероидно-неустойчивая психопатия является вариантом, наиболее распространенным среди подростков мужского пола. У большинства из них отсутствует присущая истероидам, по классическим описаниям, инфантильность и грацильность сложения. Наоборот, акселерация физического развития бывает достаточно выражена. Внешне при первом впечатлении такие подростки могут показаться неустойчивыми из-за праздности и тяги к веселой жизни, асоциальных компаний, выпивок. уклонения от учебы и труда. Однако за всем этим стоит не безволие и бездумность, а бравада перед старшими и сверстниками, желание заполучить репутацию отчаянного. В асоциальных компаниях выступают претензии на лидерство, исключительность, необычность. Алкоголизация и употребление токсических веществ могут носить нарочито демонстративный характер. Лживость бывает не только защитной, как у настоящих неустойчивых, она почто всегда служит цели приукрасить себя.

Неустойчивая психопатия. Крайняя выраженность неустойчивости поведения с уклонением от учебы и труда, постоянной жадой легких развлечений, праздным образом жизни приводит к полной социальной дезадаптации. Нарастающая делинквентность обычно заканчивается участием в серьезных групповых правонарушениях. Ранняя и регулярная алкоголизация завершается формированием алкоголизма еще в молодом возрасте. Токсикоманическое поведение в неблагоприятных условиях может привести к истинной наркомании.

У взрослых неустойчивый тип психопатии диагностируется довольно редко - даже при судебно-психиатрической экспертизе, когда вероятность встретить такой тип несомненно возрастает (Шостакович Б.В., 1971).

Возможно это связано с тем, что в значительной части случаев причина социальной дезадаптации усматривается в хроническом алкоголизме.

Синдром неустойчивого поведения может наблюдаться при других типах психопатий. Черты этого типа могут наслаиваться на гипертимное, истероидное, конформное, эпилептоидное, реже лабильное и шизоидное ядро (Александров А.А., 1978).

Неустойчивая психопатия может быть конституциональной. Такие случаи особенно поражают окружающих, когда в хороших гармоничных семьях вырастают подростки, наделенные всеми чертами неустойчивого поведения. Однако чаще эта психопатия является следствием психопатического развития на базе акцентуации того же типа или конформной акцентуации в условиях гипоопеки и безнадзорности.

Конформно-неустойчивый вариант отличается от обычной неустойчивой психопатии только преморбидом - до наступления подросткового возраста не наблюдалось никаких неустойчивых черт. Гипоопека, безнадзорность и случайное попадание в компанию асоциальных подростков толкнули к психопатическому развитию по неустойчивому типу. Вживание в асоциальную среду происходит постепенно, но ее манеры поведения и интересы усваиваются прочно. В конце концов поведение становится неотличимым от поведения собственно неустойчивых и только тщательный анамнез позволяет выявить конформный преморбид. Но такие подростки сохраняют конформность как главную черту характера, хотя конформными они становятся в отношении асоциальных подростковых групп. Из черт конформного типа особенно выступает неприязнь к чужакам, подозрительность ко всему незнакомому и непривычному. Для собственно неустойчивых чужаки скорее служат предметом мимолетного любопытства или развлекающих злых забав.

11.4 Судебно-психиатрическая экспертиза расстройств личности

Судебно-психиатрическая экспертиза назначается довольно часто при расстройствах личности в связи с высокой криминогенностью и тем, что во время свершения правонарушений данные субъекты могут производить на окружающих впечатление “ненормальных”. Но способность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, как правило, сохраняется, поэтому психопаты признаются вменяемыми. Исключение составляют общественно опасные действия, совершенные во время психотических эпизодов, возникших на высоте декомпенсаций: например, убийство мнимых преследователей по бредовым мотивам при паранойальном расстройстве, осложнившимся бредовым психозом, разрушительные действия во время тяжелых дисфорий.

Во многих странах используется понятие ограниченной или частичной вменяемости, когда отчет о своих действиях неполный, последствия не учитываются, а способность руководить своими поступками значительно ослабевает. Примером может служить правонарушения, совершаемые в состоянии аффекта или после вынужденной продолжительной бессоницы. В нашей стране такое понятие не используется, большинство экспертов считают, что подэкспертный должен признаваться либо вменяемым, либо невменяемым. С 80-х годов двадцатого века получила распространение комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, которая дает оценку психического состояния во время совершения преступления (например, убийство из страха при самообороне и т.д.), которую суд может признать как смягчающее обстоятельство.

Дееспособность при расстройствах личности, как правило, сохранена.

При истерической психопатии следует с осторожностью относиться к выдвигаемым обвинениям и свидетельским показаниям из-за склонности подобных субъектов к оговорам, фантазиям и мистификациям.

11.5 Неврозы

Невротические реакции могут особенно легко развиваться—и так действительно бывает чаще всего—на почве врожденной психической неустойчивости, свойственной многим психопатическим личностям, но самое основное в них—это изменение установок к себе и своим жизненным задачам и особенно к окружающему.

Невроз возникает из взаимодействия двух величин—личности и окружающей среды; болезненная реакция возникает, если личность не справляется с задачами перед обществом, понимая последнее как в смысле маленькой ячейки, образуемой самыми близкими, так и более крупных коллективов—учреждения, в которых работает пациент. Самая сущность невроза таким образом предполагает несоответствие между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений.

Развитию неврозов способствует наличие некоторой врожденной неустойчивости или ослабление сопротивляемости организма вследствие каких-нибудь физических заболеваний.

Распространенность. Данные о частоте расстройств невротической природы немногочисленны и противоречивы. По наблюдениям E.J.Weiss (1948), функциональные расстройства внутренних органов, не обусловленные каким-либо органическим процессом, наблюдаются у 33 %, а по данным Т.С. Истамановой (1958),— у 5,6 % больных, обратившихся к терапевту в поликлинику.

Во всех выборках доминируют симптомы истощения и легкой раздражительности, а также жалобы на неприятные ощущения в области сердца, боли в затылке, спине, нарушения сна, плохую память. У женщин чаще головные боли, приступы потливости, «приливы», боли в области поясницы, у мужчин — риниты, тугоухость, чувствительность к шумам.

Клинические проявления. Многообразие их клинических проявлений хорошо описано в отечественной и зарубежной литературе. Однако из поля

зрения многих авторов обычно выпадают так называемые непатологические невротические проявления, характеризующие различные этапы ситуационно обусловленного психоэмоционального перенапряжения человека, сопровождающего в силу своей неспецифичности любое состояние психической дезадаптации. Невротическое проявление — понятие более широкое, чем невроз или схожие с ним патологические состояния. Наряду с ними оно характеризует и состояния, объединяемые с болезненными нарушениями лишь феноменологическим подобием.

В изолированном виде «пограничные» симптомы встречаются редко, что указывает, например, на причастность к их развитию многих как биологических, так и психологических механизмов. Обычно симптомы невротического уровня группируются и взаимодополняют друг друга в зависимости от индивидуально-психологических особенностей человека, значимости для него стрессовой ситуации и ряда других факторов. В результате формируются клинические формы и варианты расстройств.

По ведущим признакам и стереотипу развития заболевания к основным видам неврозов с позиций «классической» психиатрии принято относить неврастению, истерию, навязчивые состояния. Наряду с этим в ряде случаев преобладает невротическая депрессия, сенесто-ипохондрические и некоторые другие расстройства.

Неврастения в обобщенном виде характеризуется, выражаясь словами одного из первых ее исследователей Н. Bird, сказанными в конце прошлого столетия, «легкой возбудимостью и быстрой истощаемостью нервных функций». Дословно этот термин означает «нервная слабость». Больной начинает замечать не свойственную ему быструю утомляемость, затруднения при работе, требующей сосредоточения внимания и усидчивости, потерю спокойствия и внутренней уравновешенности. Появляется повышенная раздражительность. Он может из-за пустяка нагрубить, а потом, успокоившись, сожалеет, что «вышел из себя». У таких больных утрачивается пропорциональность между силой раздражителя

(незначительная неприятность) и интенсивностью реакции и аффекта (выраженная «нервная» вспышка). Усталость и одновременное возбуждение лишают человека четкости и свежести мысли, что необходимо для продуктивной и целенаправленной деятельности. Он раним, крайне чувствителен к обидам, не выдерживает сколько-нибудь горячих споров, плохо переносит яркий свет и шум.

Больной неврастением осознает свою «нервную слабость»: у него появляются неуверенность в себе, чувство внутренней напряженности и тревоги. Иногда такие люди жалуются на «плохую память», однако при проверке это не обнаруживается. Дело в том, что всякое напряжение внимания, необходимое для воспоминания, становится для них трудным, тягостным. Ослабление внимания ведет к рассеянности, которая в свою очередь способствует плохому запоминанию. Больные неврастением обычно не выдерживают длительного напряжения. Для их деятельности характерно удачное интенсивное «начало» и быстрое падение продуктивности в работе.

На фоне указанных проявлений «нервной слабости», особенно при утомлении, возникают приступы гневных вспышек, которые являются самым ярким, наиболее заметным для окружающих выражением неврастения. Аффективные вспышки обычно непродолжительны, но их интенсивность и частота могут постепенно нарастать. В обстановке, когда вспышка раздражения может особенно сильно повредить больному, например при разговоре со своим начальником на работе, он может сдерживаться. Однако при общении с людьми, в какой-то мере от него зависящими (дома или на работе со своими подчиненными), он как бы «разряжает» накопившееся внутреннее недовольство и напряжение: начинает кричать, грубить, не слушать объяснений, в гневе иногда может ударить. Остановить в этот момент приступ возбуждения очень трудно, но, как правило, он быстро завершается полным бессилием—и физическим, и нравственным.

Как и при других видах неврозов, при неврастении расстраивается сон. Здоровому человеку, ложащемуся в кровать после рабочего дня, свойственно

спокойное состояние. Больным же овладевает множество мыслей, связанных с его работой, с взаимоотношениями с окружающими. Сон у него недостаточно глубокий, беспокоят тревожные сновидения, ему не хочется вставать, он вял, плохо себя чувствует, в течение дня сонливость мешает нормально работать. Однако к вечеру состояние выравнивается, появляется даже бодрость, и снова до глубокой ночи человек не может уснуть. Такой ритм сна объясняется тем, что тормозное состояние мозга после ночного сна долго не рассеивается, так же как и возникшее возбуждение (в результате работы, выполняемой «через силу») сохраняется гораздо дольше, чем у здорового человека.

Почти постоянным спутником неврастения является головная боль. Наряду с этим пациент отмечает неприятные ощущения во внутренних органах, прежде всего в сердце, а также в желудке, кишечнике, печени и т.д., потому что интерорецептивные раздражения, поступающие из внутренних органов в кору головного мозга, не «затормаживаются» должным образом и вызывают состояние дискомфорта.

Бодрый, веселый, жизнерадостный человек, заболевая неврастением, становится унылым, малообщительным, мнительным, у него появляется усталая, расслабленная походка. Волнение и удрученность вызывают сердцебиение, частый пульс, сопровождаемые дрожью, обильной потливостью, головокружением; могут наблюдаться приступы удушья, учащенное или затрудненное дыхание; запор, снижение аппетита, нередко учащенное мочеиспускание. Часто неврастения сопровождается различными нарушениями половой функции, которые из-за мнительности больных вызывают у них сильную тревогу и еще более ухудшают общее состояние.

Основная причина развития неврастения — пере утомление в результате непосильной работы, длительного умственного напряжения, нездоровых, «невывказанных» отношений между родными и близкими. Все это постоянно «давит» на человека и вызывает у него невротические нарушения.

Установлено, что вынужденная бездеятельность, наблюдаемая, в частности, при ряде экспериментальных и тренировочных занятий, также вызывает невротические реакции. Эти наблюдения в полной мере подтверждают точку зрения о том, что неврастенические расстройства могут быть вызваны как чересчур сильным раздражителем, так и отсутствием раздражения.

С физиологической точки зрения принято считать, что неврастения определяется слабостью процессов внутреннего торможения или же ослаблением раздражительного процесса в центральной нервной системе. Заболевание может возникнуть у людей с различным типом нервной деятельности, чаще при слабом типе, реже при сильном. Протекает болезнь неровно, периодически наступает ремиссия или ухудшение в зависимости от внешних условий или соматических заболеваний. Только при правильной организации труда и отдыха, упорном лечении она проходит совсем, не оставляя после себя следа.

Об истерическом неврозе говорят в тех случаях, когда чрезвычайная яркость представлений об окружающем, эмоциональная окраска переживаний преобладают над рассудочностью, нарушая тем самым соразмерность реакции человека на жизненные события.

Людей с образно-эмоциональным мышлением И. П. Павлов относил к «художественному» типу, что само по себе не является патологией, но у них легко развиваются болезненные черты. Слишком эмоционально, бурно реагируя на окружающее, они подчеркивают свои симпатии и антипатии, эгоцентричны, капризны, крикливы, резки в своих движениях, если они смеются, то долго, если плачут, то навзрыд. Обычно человек, страдающий истерическим неврозом, стремится привлечь внимание окружающих и с этой целью изображает себя несчастным, обиженным или, наоборот, превозносит собственные заслуги. При этом можно отметить искусственность, театральность, а нередко и фальшивость в поведении такого человека, он как бы постоянно «играет» придуманную им самим роль.

Люди с таким складом характера успешно работают, могут быть дисциплинированными, часто вызывают симпатию окружающих и действительно становятся «центром общества». Считается, что в случае «невротического срыва» и без того ослабленное влияние человека на свое эмоциональное состояние снижается, в результате чего усиливается односторонность в восприятии окружающего. При этом обостряются все черты истерического характера, особенно усиливаются театральность, нарочитость поступков.

П.Б.Ганнушкин (1934) писал, что в балансе психической жизни людей, страдающих истерией, первостепенную роль играют внешние впечатления, человек «не углублен в свои внутренние переживания (как это делает хотя бы психастеник), он ни на минуту не забывает происходящего кругом, но его реакция на окружающее является крайне своеобразной и прежде всего избирательной». Для больного истерией реальный мир «приобретает своеобразные, причудливые очертания; объективный критерий для него утрачен и это часто дает повод окружающим обвинять истеричного в лучшем случае во лжи и притворстве».

Истерию называли раньше «великой притворщицей», «великой симулянткой», имея в виду не преднамеренную симуляцию, а невольное, неосознанное подражание окружающим. Человек, страдающий истерией, легко подвергается внушению, по существу он не в состоянии воспринимать разницу между фантазией и действительностью. Под влиянием сильных впечатлений у него некоторые мыслительные образы, принимая патологическую яркость, превращаются в ощущения, вытесняя иногда из сознания окружающую реальность.

Проявления истерии многолики. Наиболее наглядно они выражаются в расстройствах движения (паралич). От волнения больные истерией могут временно терять речь, слепнуть. У них расстраиваются различные функции: повышается температура, усиливается сердцебиение, исчезает аппетит, даже появляется рвота (без нарушения пищеварения), возникают кожные

заболевания и т.д. К числу истерических расстройств могут относиться утрата или ослабление слуха, осязания и обоняния, судороги конечностей, летаргический сон, наконец, истерические припадки, которые возникают после какой-нибудь неприятности или волнующего события. Припадок, как правило, начинается с громкого плача, крика, хохота, сменяемых двигательным возбуждением и отдельными судорожными подергиваниями. Иногда больной во время припадка падает, у него бывают резко напряжены мышцы, в редких случаях он лежит на спине, изогнув тело дугой. Такой припадок длится от нескольких до десятков минут.

Истерический паралич также обычно является ответом на какое-то переживание. Парализуется одна или обе (очень редко все) конечности. Значительно чаще развиваются контрактуры рук или ног: отдельные пальцы неподвижно застывают в неестественном, «странном» положении. Отмечается своеобразное нарушение способности стоять и ходить: в постели больной активно выполняет все движения, но, становясь на ноги, падает, «как подкошенный». В этом наглядно проявляется характерная для истерии тенденция больных не преодолевать возникшее у них нарушение (например, «паралич»), а даже подчеркивать его. Обычно они часто противятся попытке врача согнуть или разогнуть их «парализованные» конечности.

Нарушения движений у больных истерией принципиально отличаются от двигательных расстройств, свойственных органическим заболеваниям нервной системы. Прежде всего они не постоянны, как при органических заболеваниях, а, как правило, исчезают во время сна и обостряются под влиянием психогенных обстоятельств, но главное — при истерических параличах отсутствуют нарушения сухожильных рефлексов, патологические рефлексy.

На высоте истерического припадка у больного сужается сознание и резко снижается внимание, что в ряде случаев ведет к кратковременной потере памяти.

Истерия может начаться в детстве, но чаще болезнь впервые проявляется в 16 —25-летнем возрасте. Протекает она различно в зависимости от индивидуальных особенностей организма, у некоторых больных все симптомы проходят с наступлением периода зрелости, а у других сохраняются на долгие годы. Под влиянием неблагоприятных жизненных ситуаций истерические проявления обычно усиливаются, если же нет травмирующих нервную систему обстоятельств, а также благодаря лечению болезнь значительно ослабевает и практически не мешает человеку жить и работать.

Особым видом неврозов являются навязчивые состояния. Они могут встречаться как при неврастении, так и при психастении, но в ряде случаев являются «самостоятельным» симптомокомплексом. Для этого невроза характерно появление мыслей, воспоминаний страхов, желаний, нелепость и нереальность которых больные понимают, но избавиться, «отвязаться» от них не могут. В этой связи постепенно изменяется поведение человека.

Наиболее часто встречаются навязчивые страхи (фобии): больные боятся смерти от какой-либо определенной причины, боятся темноты, закрытых пространств (например, театрального зала, из-за чего не посещают театр), острых предметов (которыми они будто бы могут нанести себе порезы), рукопожатия или прикосновения к дверям («чтобы не заразиться»), покраснения лица и многого другого.

Страхи накладывают определенный отпечаток на все поведение больных, оно нередко вызывает насмешки окружающих, особенно в тех случаях, когда больные совершают защитные от навязчивостей действия — ритуалы. Действительно, странно видеть человека, который, чтобы «нечаянно не выброситься из окна», спит в коридоре, где нет окон, а двери в другие комнаты запирает на ключ. Или, поднимаясь по лестнице, «чтобы не упасть и не сломать ногу», через каждые три ступеньки останавливается и производит своеобразный «ритуальный обряд» — два раза подпрыгивает на одной ноге. Страх заболеть, например, раком побуждает больных ходить от

врача к врачу, не веря, что они здоровы, настоятельно просить сделать им операцию. К особому виду фобий относятся навязчивые опасения, связанные с профессией. Так, например, у актеров иногда развивается страх, что на сцене они «забудут текст роли», «упадут в оркестровую яму» и т.п. Попытки преодолеть эти состояния обычно сопровождаются одышкой, обильной потливостью, расширением зрачков, бледностью лица и другими вегетативными расстройствами.

У многих больных навязчивые состояния разрастаются на почве реальных, но значительно преувеличенных опасений. Например, после смерти близкого родственника от раковой опухоли человек начинает выискивать и у себя признаки заболевания. При этом появляется необоснованное беспокойство по поводу мнимых симптомов тяжелого заболевания, которое обуславливает формирование сенестопатических и ипохондрических расстройств.

Красочное описание ипохондрии можно найти не только в историях болезни, но и в художественной литературе. Вот, например, как Анатоль Франс обобщенно и образно пишет об ипохондрических расстройствах у короля Христофора в новелле «Рубашка».

«Она (ипохондрия) под действием врачебного ухода беспрестанно видоизменяется, облекаясь в самые странные, самые грозные формы: то это ястреб желудочной язвы, то змей воспаления почек; то она внезапно явит желтый лик разлития желчи, то обнаружит румяные щеки чахотки, то судорожно вцепится в горло страшной дланью удушительницы, вызывая мысль о перерождении сердца; она призрак всех болезней, угрожающих человеческому телу, пока она не поддается воздействию медицины и, признав себя пораженной, не пустится в бегство, приняв свой истинный облик — обезьяны болезней».

При всех описанных выше основных формах неврозов, а также при психопатических, неврозоподобных и психопатоподобных расстройствах наибольшие сложности при клинической оценке состояния представляют

многообразные начальные проявления расстройств. Это объясняется, вероятно, тремя обстоятельствами. Во-первых, анализом специалистами преимущественно достаточно клинически выраженных невротических состояний, по поводу которых больные обращаются к врачам, и возможностью в этих случаях лишь ретроспективного анализа начальных невротических нарушений. Во-вторых, сравнительно небольшим числом людей, у которых развиваются клинические формы невротических расстройств по сравнению с числом лиц, имеющих непатологические невротические проявления, подверженных самокупированию и самокоррекции, в связи с чем эти люди не попадают под наблюдение специалиста. В-третьих, обыденной естественностью и психологической понятностью отдельных выраженных невротических феноменов, наблюдаемых в индивидуально значимых экстремальных ситуациях.

Судебно-психиатрическая оценка: больные невротизмом сохраняют способность адекватно отражать окружающую реальность, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими. Однако наличие психопатологии следует учитывать и назначать этим лицам комплексную психолого-психиатрическую экспертизу для решения вопросов в рамках ст.22 УК РФ.

Контрольные вопросы:

1. Что такое пограничные психические расстройства?
2. Что такое невротизм, их основные признаки, судебно-психиатрическое значение?
3. Как проявляется невротизм?
4. Какие клинические проявления могут быть при невротизме навязчивых состояний?
5. Какие виды психических нарушений наблюдаются при истерическом невротизме?
6. Что такое психопатия?

7. Критерии Ганнушкина для диагностики психопатии.
8. Классификация психопатии.
9. Судебно-психиатрическое значение параноидного расстройства личности.
10. Судебно-психиатрическое значение истерического расстройства личности.
11. Судебно-психиатрическое значение шизоидного расстройства личности.
12. Судебно-психиатрическое значение тревожного расстройства личности.
13. Нарушения волевой и двигательной сфер при психопатиях.
14. Какие нарушения эмоциональной сферы могут быть у психопатов?

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей/ Ю.А. Александровский. – Ростов н/Дону: Феникс, 1997.
2. Блейхер, В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер, И.В. Крук - Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 1995.
3. Бухановский, А.О. Общая психопатология /А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак. - Ростов-на-Дону, 1998.
4. Волков, В.Н. Кратковременные психические расстройства и их судебно-психиатрическое значение / В.Н. Волков, Г.К. Дорофеев. – М., 2004.
5. Волков, В.Н. Судебная психиатрия / В.Н. Волков.- М., 2007.
6. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий / П.Б. Ганнушкин - М., 1998.
7. Гельфанд, В.Б. Нервно-психические расстройства при алкоголизме/ В.Б Гельфанд, В.Б. Бабельман. - М., 1975.
8. Георгадзе, З.О., Судебная психиатрия /З.О. Георгадзе, Э.Б. Царгасова. - М., 2002.
9. Гецманова, И.В. Психологическая экспертиза в практике расследования преступлений, совершенных несовершеннолетними / И.В. Гецманова. - Красноярск: Следственное управление при УВД Красноярского края, 1999.
10. Гиндикин, В.Я. Личностная патология /В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М., 1999.
11. Горбач, Н.А. Алгоритм оказания медико-психологической помощи при посттравматических стрессовых расстройствах у сотрудников ОВД / Н.А. Горбач, М.А. Лисняк, Т.И. Захарова и др. – Красноярск, 2005.
12. Гурьева, В.А. Психопатология подросткового возраста /В.А.Гурьева, В.Я. Семке, В.Я Гиндикин. – М., 1996.

13. Датий, А.В. Судебная медицина и судебная психиатрия. Практикум/ А.В. Датий. – М., 1997.
14. Дмитриев, А.С. Судебная психиатрия/ А.С.Дмитриев, Т.В. Клименко. – М.,1996.
15. Дмитриева, Т.Б. Злоупотребление психоактивными веществами /Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко и др. – М., 2000.
16. Дунаевский, В.В. Наркомании и токсикомании /В.В. Дунаевский, В.Д. Стяжкин. - Ленинград, 1990.
17. Емельянов, В.П. Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями/ В.П. Емельянов.- Саратов, 1980.
18. Жариков, Н.М. Судебная психиатрия/ Н.М. Жариков, Г.В. Морозов, Д.Ф. Хритинин. – М., 2007.
19. Жмуров, В.А. Психопатология (в 2-х томах) / В.А.Жмуров.- Иркутск, 1994.
20. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2002.
21. Калшед, Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / Д. Калшед. – М.: Академический проект, 2001.
22. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия. В 2 т./ Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. - М.: Медицина, 1994.
23. Коркина, М.В. Психиатрия : учебник /М.В. Коркина, Н.Д.Лакосина, А.Е. Личко. - М.: Медицина, 1995. - 608 с.
24. Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. - М., 2000.
25. Лисняк, М.А. Законодательство РФ в области психиатрии. Судебно-психиатрическая экспертиза /М.А. Лисняк, Н.А.Горбач. - Красноярск, 2007.
26. Лисняк, М.А. Реактивные состояния и их судебно-психиатрическая оценка / М.А. Лисняк, Н.А. Горбач, Т.С. Нурисламова. – Красноярск, 2007.

27. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия / А.Е. Личко. - М., Медицина, 1979.
28. Макаров, В.В. Учебное пособие по наркологии/ В.В. Макаров, Л.И. Кисилева. - Красноярск, 1990.
29. Мамайчук, И.И. Экспертиза личности в судебно-следственной ситуации / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2002.
30. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: учебное пособие / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.:Генезис, 2005.
31. Невзорова, Т.А. Лекции по психиатрии/ Т.А. Невзорова.- М.: Медицина, 1976.
32. Никитин, Ю.Н. Нервно-психические заболевания при алкоголизме/ Ю.Н. Никитин. - Киев, 1988.
33. Попов, Ю.В. Современная клиническая психиатрия/ Ю.В.Попов, В.Д.Вид. - М., 1997.
34. Психиатрия / под ред В.П. Самохвалова. – Ростов-на-Дону, 2002.
35. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации).- М., 1998.
36. Пушкарев, А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство / А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Г. Гордеева. – М., 2000.
37. Руководство по психиатрии / под ред Г.В.Морозова.-В 2-х т.- М.: Медицина, 1988.
38. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. - Т.1.- М., 1983.
39. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М., 2001.
40. Рустанович, А.В. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках/ А.В.Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб, 2001.
41. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния/ А.Б. Смулевич.- М.: Медицина, 1987.

42. Сочивко, Д.В. Расколотый мир. Опыт анализа психодинамики человека в экстремальных условиях жизнедеятельности/ Д.В. Сочивко. – М.: ПЕР СЭ, 2002.
43. Старович, З. Судебная сексология/ З.Старович.- М., 1991.
44. Стрельчук, И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем/ И.В.Стрельчук. - М., 1966.
45. Судебная психиатрия /под ред. проф. Б.В. Шостаковича.- М., 1997.
46. Судебная психиатрия: Руководство для врачей/ Г.В.Морозов, В.П.Белов, И.Н.Боброва и др.- М.: Медицина, 1988.
47. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса/ Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001.
48. Тёлле, Р. Психиатрия/ Р.Тёлле.- Минск, 1999.
49. Шабанов, П.Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация/ П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг. – СПб., 2000.
50. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3-х томах/под ред. Б.В.Петровского.- М.: Советская энциклопедия.- 1983.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ МЕДИЦИНСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Абстиненция - синдром психических и физических расстройств, наступающих при внезапном прекращении поступления в организм больного алкоголя, наркотиков или токсических веществ, по отношению к которым имеется зависимость.

Аментивные состояния – состояние расстроенного сознания, острая спутанность. Основные признаки – полная дезориентировка в месте, времени, собственной личности, бессвязность мышления, повышенная отвлекаемость, отрывочные бредовые переживания и нестойкие обманы восприятия, растерянность, пугливость.

Амбивалентность – возникновение антагонистических тенденций в психической деятельности, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения.

Анамнез – совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путем опроса самого обследуемого и (или) знающих его лиц.

Анорексия психическая- упорный отказ от еды, иногда скрываемый от окружающих. Чаще всего встречается в пубертатном возрасте при дисморфофобических или дисморфоманических переживаниях.

Ассоциативный процесс – мыслительный процесс.

Астения – психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна.

Аутизм – признак психического расстройства. Погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утрата интереса к реальности, отсутствием стремления к общению с окружающими людьми, скудностью эмоциональных проявлений.

Гебефрения- форма шизофрении, начинающаяся в молодом возрасте, гебефреническая шизофрения.

Гипоталамус – отдел мозга, секретирует нейрогормоны и является высшим подкорковым центром вегетативной нервной системы.

Девииации – отклонения от нормального протекания психических процессов и поведения.

Дегенерация – буквально означает процесс вырождения, использовался в психиатрии для обозначения психических расстройств, обусловленных наследственными факторами. В настоящее время в медицине обозначает патологический процесс, возникающий в связи с нарушениями обмена веществ и характеризующийся появлением и накоплением в клетках и тканях количественно и качественно измененных продуктов обмена.

Дереализация – психопатологическое состояние, характеризующееся тягостным переживанием утраты реальности с окружающим миром.

Дефект – остаточные психические изменения, в первую очередь личностные, вследствие перенесенного психотического состояния. Особенности дефекта зависят от типа и формы течения психического заболевания.

Дискордантность – в генетике это понятие обозначает несходство близнецов в отношении анализируемого признака. В психиатрии под дискордантностью понимают разобщенность и расщепление психических процессов (мышления, чувств, поступков), их мимического и речевого выражения.

Дисморфофобия – представления о мнимом внешнем уродстве, страх телесных изменений.

Дисморфомания- дисморфофобия на уровне бреда.

Диффузный – рассеянный, равномерно распределенный, разлитой.

Дофамин - биологически активное вещество, считается медиатором ЦНС. С изменением концентрации дофамина связывают возникновение ряда психических нарушений.

Интермиссия - состояние между двумя психотическими приступами, характеризующееся полным восстановлением психической деятельности.

Интровертированность – особенность личности, характеризующаяся внутренней направленностью переживаний, склонностью к погружению в мир собственных чувств и мыслей, малой зависимостью содержания психики от контактов с окружающими, пассивностью в общении.

Ипохондрический синдром – необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания.

Кататония, кататонический синдром – психические расстройства, проявляющиеся главным образом, в двигательной сфере (возбуждение, ступор, иногда – чередование этих состояний). Наблюдается главным образом при шизофрении.

Катамнез – совокупность сведений о состоянии больного и дальнейшем течении болезни после установления диагноза и выписки из стационара.

Конкордантность – в генетике сходство близнецов по анализируемому признаку.

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

Негативные симптомы – признаки обеднения личности больного, изменения ее склада, ослабления психической деятельности.

Нейролептики – группа препаратов психотропного действия. Обладают общими свойствами: снижают психомоторную активность, снимают психическое возбуждение, производят антипсихотическое действие.

Нозологическая единица –определенная болезнь, выделенная на основе установленных происхождения и механизма развития и (или) характерной клинико-морфологической картины; единица номенклатуры и классификации болезней.

Обсессии – навязчивые состояния.

Однояйцевые близнецы - два и более ребенка, родившиеся от одной беременности в результате деления оплодотворенной яйцеклетки. Имеют одинаковый генетический набор.

Парадигма – совокупность теоретических и методологических предпосылок, определяющих конкретное научное исследование, которая воплощается в научной практике на данном этапе.

Патологическая анатомия – медицинская наука, изучающая патологические процессы и болезни с помощью морфологических методов исследования.

Перинатальный период – период с 28-й недели внутриутробной жизни плода по 7-е сутки жизни новорожденного.

Позитивные симптомы – признаки патологически повышенной продуктивности психической деятельности (например, бред, галлюцинации, аффекты).

Преморбидное состояние – состояние организма на грани здоровья и болезни, могущее либо перейти в выраженную форму какой-либо болезни, либо через некоторое время закончиться нормализацией функций организма.

Прогрессиентность – развитие психической болезни с нарастанием позитивных и негативных симптомов, характерна для шизофрении, эпилепсии, старческого слабоумия.

Пубертатный возраст – возраст полового созревания, у мальчиков с 13 до 17-18 лет, у девочек с 12 до 16 лет.

Перверсии (перверзии) – половое извращение, нарушение направленности полового влечения (например, гомосексуализм) или неестественность способов его удовлетворения (например, зоофилия).

Растерянность – мучительное непонимание больным ситуации своего состояния, которые представляются ему необычными, приобретают какой-то непонятный смысл, сопровождаются тревогой, тоской, страхом.

Резидуальный – остаточный, сохранившийся после перенесенного психического заболевания, психотического приступа.

Ремиссия – этап течения болезни, характеризующийся временным уменьшением степени выраженности или ослаблением психопатологической симптоматики. Ремиссии бывают спонтанные и вследствие лечения.

Сенситивность – повышенная чувствительность, ранимость, неуверенность в себе, преувеличенная совестливость, склонность к сомнениям, застревание на переживаниях.

Сиблинг (сибс) – в генетике означает родного брата или сестру обследуемого человека.

Ступор- состояние обездвиженности, оцепенения, с частичным или полным мутизмом и отсутствием или снижением реакции на внешние раздражители, в том числе и на болевые.

Томография – послойное рентгенологическое исследование, получение рентгеновского изображения определенного слоя объекта.

Фрустрация – психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания. Сопровождается различными отрицательными переживаниями: разочарованием, раздражением, тревогой, отчаянием и др.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – метод функционального исследования головного мозга, основанный на графической регистрации его биопотенциалов.

Эмоциональная лабильность – нестойкость настроения, склонность к его колебаниям, перепадам, частым сменам эмоций.

Эпидемиология – метод изучения закономерностей распространения инфекционных болезней среди населения, основанный на применении статистических показателей.

Этиология – 1) учение о причинах и условиях возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.