

Федеральное государственное казенное образовательное
учреждение высшего образования
«СИБИРСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Зиненко Ю.В., Рублёва Т.Ю., Лисняк М.А., Картавский П.А.

**СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА:
ПОВОДЫ, ОСНОВАНИЯ И ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ**

Учебное пособие

КРАСНОЯРСК
СИБЮИ МВД России
2025

УДК 340.6:343.98
ББК 67.52

Рецензенты: Н.С. Горбунов – профессор кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.В. Войно-Ясенецкого», кандидат медицинских наук, доцент;
Е.В. Зорина – доцент кафедры клинической психологии и педагогики с курсом ПО ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.В. Войно-Ясенецкого», кандидат медицинских наук, доцент.

Учебное пособие подготовлено кандидатом медицинских наук Ю.В. Зиненко, кандидатом медицинских наук Т.Ю. Рублёвой, кандидатом медицинских наук М.А. Лисняк, П.А. Картавским.

Судебно-психиатрическая экспертиза: поводы, основания и порядок назначения : учебное пособие / Ю.В. Зиненко, Т.Ю. Рублёва, М.А. Лисняк, П.А. Картавский. – Красноярск : СибЮИ МВД России, 2025. – 236 с. – ISBN 978-5-7889-0386-6.

В учебном пособии изложены теоретические вопросы, касающиеся видов судебно-психиатрических экспертиз и особенностей их проведения в уголовном процессе, уголовно-процессуальной дееспособности и способности к даче показаний обвиняемых, подозреваемых, свидетелей, потерпевших с психическим расстройством, порядка назначения и производства судебно-психиатрических экспертиз; обозначены нормативная правовая база, поводы и основания их производства, требования к постановлению о назначении судебно-психиатрических экспертиз, документам и материалам, направляемых экспертам; тактика сбора характеризующего материала и решение вопроса о целесообразности присутствия следователя при проведении судебно-психиатрических экспертиз; изложена структура заключения эксперта и требования к выводам экспертов; рассмотрены информационные основания принятия судом решения о вменяемости (ограниченной вменяемости); вопросы экспертизы несовершеннолетних, комплексных экспертиз; раскрыты вопросы принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Предназначено для обучающихся в образовательных организациях системы МВД и других образовательных организаций России.

ISBN 978-5-7889-0386-6

© Сибирский юридический институт МВД России, 2025
© Коллектив авторов, 2025

Оглавление

Введение.....	5
РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	7
Глава 1. Виды судебно-психиатрических экспертиз и особенности их проведения в уголовном процессе	7
Глава 2. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.....	14
Глава 3. Основания, поводы для назначения и подготовка к проведению судебно-психиатрической экспертизы.....	25
Глава 4. Нормативная правовая база производства судебно-психиатрической экспертизы и особенности ее проведения в уголовном процессе.....	40
Глава 5. Невменяемость и ограниченная вменяемость лица.....	47
Глава 6. Уголовно-процессуальная дееспособность и способность к даче показаний обвиняемых с психическим расстройством	56
РАЗДЕЛ II. ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ	62
Глава 7. Судебно-психиатрическая оценка общественной опасности обвиняемых.....	62
Глава 8. Понятие, цели и задачи принудительных мер медицинского характера	67
Глава 9. Виды и выбор принудительных мер медицинского характера	71
Глава 10. Правовые основания, процедура назначения и отмены принудительных мер медицинского характера.....	74
РАЗДЕЛ III. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ	80
Глава 11. Судебно-психиатрическая экспертиза больных шизофренией	80
Глава 12. Судебно-психиатрическая экспертиза при аффективных расстройствах	94
Глава 13. Судебно-психиатрическая экспертиза при эпилепсии	101
Глава 14. Судебно-психиатрическая экспертиза при органических поражениях ЦНС, деменции и умственной отсталости ...	105
Глава 15. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, употребляющих психоактивные вещества	124

Глава 16. Судебно-психиатрическая экспертиза при расстройствах, связанных со стрессом	168
Глава 17. Судебно-психиатрическая экспертиза при расстройствах личности	178
Глава 18. Судебно-психиатрическая экспертиза кратковременных расстройств психической деятельности	186
Заключение	199
Список рекомендуемой литературы	200
Словарь терминов	201
Приложения	207

ВВЕДЕНИЕ

Психическое здоровье – одна из важнейших составляющих общего здоровья человека. 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 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.

Знание основных положений психиатрии необходимо каждому сотруднику правоохранительных органов, так как им в практической деятельности необходимо осуществлять первичное обнаружение признаков, указывающих на возможное применение в дальнейшем принудительных мер медицинского характера к лицам, совершившим преступление, но страдающих психическими расстройствами. Выявление таких признаков позволяет реализовывать адекватные меры пресечения правонарушений со стороны лиц, страдающих психическими расстройствами. Фактически психиатрическая грамотность позволяет сотруднику правильно квалифицировать совершаемые такими лицами действия, обеспечить законность и обоснованность принятия процессуальных решений, в том числе мер пресечения, повышать эффективность проведения следственных действий (в первую очередь допроса и очной ставки), обезопасить себя и окружающих, а также

своевременно оказать помощь человеку, нуждающемуся в соответствующей медицинской помощи.

Психически больные люди общественно опасны либо для себя, либо для окружающих прежде всего своей непредсказуемостью. Адекватная правовая оценка их действий невозможна без судебно-психиатрической экспертизы. Обоснованное назначение экспертизы и понимание ее результатов требуют знания основных проявлений психических заболеваний и особенностей назначения и проведения экспертизы.

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

ГЛАВА 1. ВИДЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

Все судебные экспертизы подразделяются на классы, роды, виды и разновидности. Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) представляет собой самостоятельный род судебных экспертиз. Наряду с судебно-медицинскими и судебно-психологическими экспертизами СПЭ входят в класс экспертиз судебно-медицинских и судебно-психологических.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ указано, что «медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина» (ч. 1 ст. 58).

Классификация подразделяет СПЭ на основные и дополнительные, первичные и повторные, единоличные и комиссионные, однородные и комплексные.

1.1. Основная и дополнительная экспертизы

Основной является экспертиза, первоначально назначенная для решения интересующих органов, назначивших СПЭ, вопросов к экспертам. Дополнительной по отношению к ней является последующая экспертиза, назначенная в связи с неполнотой или недостаточной ясностью прежнего (основного) экспертного заключения, но при отсутствии сомнений в достоверности его выводов (ч. 1 ст. 207 УПК). Недостаточная ясность экспертных выводов обычно устраняется путем допроса эксперта. Дополнительная экспертиза проводится тогда, когда неполноту либо недостаточную ясность основного экспертного заключения нельзя устранить с помощью допроса эксперта и последнему требуются дополнительные исследования. Еще одно основание для назначения дополнительной экспертизы – возникновение новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств уголов-

¹ Далее по тексту – Закон об охране граждан.

ного дела (ч. 1 ст. 207 УПК). При назначении дополнительной экспертизы экспертам могут быть предоставлены дополнительные объекты, такие как медицинские документы, ранее не известные экспертам, проводившим основную экспертизу. Отсутствие сомнений в обоснованности и правильности выводов предыдущей (основной) экспертизы является обязательным признаком дополнительной экспертизы и отличает ее от повторной. Дополнительная экспертиза может быть поручена как экспертам, проводившим предыдущую (основную) экспертизу, так и другим экспертам (ч. 1 ст. 207 УПК).

1.2. Первичная и повторная экспертизы

Первичная СПЭ проводится впервые по делу, повторная – в полном объеме в отношении этого же лица при наличии сомнений в обоснованности или правильности выводов первичной экспертизы, а также при наличии противоречий в экспертных выводах (ч. 2 ст. 207 УПК).

Наличие противоречий в заключениях экспертов не является самостоятельным основанием для назначения повторной экспертизы, поскольку следователь и суд, оценивая эти противоречия, вправе признать одни из них и отвергнуть другие без назначения повторной экспертизы. Поэтому значимыми являются противоречия, которые вызывают у следствия и суда сомнения в научной обоснованности экспертных выводов.

Верховный Суд РФ разъясняет, что «согласно части 2 статьи 207 и части 4 статьи 283 УПК РФ при возникновении сомнений в обоснованности заключения эксперта или при наличии в выводах экспертов по тем же вопросам противоречий, которые невозможно преодолеть в судебном разбирательстве путем допроса экспертов, может быть назначена повторная экспертиза, производство которой поручается другому эксперту. Необоснованным следует считать такое заключение эксперта, в котором недостаточно аргументированы выводы, не применены или неверно применены необходимые методы и методики экспертного исследования. Суд также вправе назначить повторную экспертизу, если установит факты нарушения процессуальных прав участников судебного разбирательства при назначении и производстве судебной экспертизы, которые повлияли или могли повлиять на содержание выводов экспертов»¹. Примером нарушения процессуальных прав может быть установление оснований для отвода экспертов, после дачи ими заключения и т.п. Производство повторной экспертизы поручается только другим экспертам (ч. 2 ст. 207 УПК РФ),

¹ О судебной экспертизе по уголовным делам : постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 № 28.

поскольку сомнения в обоснованности заключения первичной экспертизы приводят следователя (суд) к выводу, что эксперт или эксперты, проводившие экспертизу, не справились со своим экспертным заданием.

Обязательным условием дополнительной и повторной экспертизы является наличие экспертного заключения, содержащего ответы на ранее поставленные вопросы (или на часть из них), как результата предыдущих экспертных исследований. Если же члены первоначального экспертного исследования пришли к выводу, что по каким-то причинам решить экспертные вопросы невозможно и требуется проведение СПЭ либо в другом учреждении, либо другого вида, то нет и самого экспертного заключения. В этих случаях составляется не заключение СПЭК, а письменный документ о невозможности дать заключение, что, по сути, заключением СПЭК не является. Данное обстоятельство не всегда учитывается на практике, что приводит к терминологической путанице и неправильным по существу процессуальным решениям.

Судебное разбирательство является самостоятельной стадией уголовного процесса, представляет собой самостоятельное исследование судом всех доказательств. Оно проводится в специфических условиях, отличных от условий доказывания на предварительном следствии. Здесь все исследуется заново, а не в дополнение к уже исследованным обстоятельствам. Следует обращать внимание на основания, по которым суд назначает новую экспертизу. Если она назначена по мотивам неполноты или недостаточной ясности, то ее можно поручить как тем же, так и другим экспертам. Если же основаниями ее назначения являются сомнения в обоснованности или правильности предыдущих экспертных выводов, то ее следует поручать только другим экспертам. Логика такого подхода аналогична той, что нашла отражение в законе применительно к дополнительным и повторным экспертизам.

1.3. Единоличные и комиссионные экспертизы

В зависимости от числа участвующих в СПЭ экспертов выделяют единоличные СПЭ, которые проводит один эксперт, и комиссионные СПЭ, которые проводятся несколькими экспертами (комиссией экспертов одной экспертной специальности, состоящей не менее чем из трех экспертов-психиатров).

СПЭ обычно проводятся комиссионно, хотя в УПК РФ нет указания на обязательное комиссионное исследование. Действующий приказ Министерства здравоохранения России от 12 января 2017 г. № 3н «Об утверждении порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы» (далее – приказ № 3н), не регламентирует вопросов

единоличных и комиссионных экспертиз и состава членов экспертной комиссии. Поэтому в соответствии с ранее действующей Инструкцией об организации производства судебно-психиатрических экспертиз, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 30 мая 2005 г. № 370 СПЭ проводятся комиссиями, состоящими не менее чем из трех экспертов-психиатров: врача-докладчика, председателя комиссии и врача – члена экспертной комиссии.

Основными гарантами надежности выводов считаются не количество производящих судебную экспертизу экспертов, а их квалификация и опыт, правильность выбора методов и методик, полнота проводимых исследований.

При проведении комиссионной экспертизы все входящие в состав комиссии эксперты процессуально равноправны, им предоставляется одинаковый объем процессуальных прав и на них возложены одинаковые процессуальные обязанности. Каждый эксперт действует самостоятельно и несет за проведенное им исследование и данное им заключение личную ответственность. В случае возникшего между экспертами разногласия они дают отдельные заключения. Эксперт, не согласный с другим экспертом или экспертами, вправе дать отдельное заключение по всем или отдельным вопросам, вызвавшим разногласия (ч. 2 ст. 200 УПК РФ).

1.4. Однородные и комплексные экспертизы

В соответствии с приказом № 3н производство СПЭ осуществляется в виде:

- 1) однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы;
- 2) комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы (живых лиц и заочной, в том числе посмертной, по медицинским документам и иным материалам), включая психолого-психиатрическую и сексолого-психиатрическую;
- 3) однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизы;
- 4) комплексной стационарной судебно-психиатрической экспертизы в том числе психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической.

Если СПЭ проводятся специалистами одной отрасли науки, то они называются *однородными*, если в их проведении в качестве экспертов принимают участие специалисты разных отраслей научного знания, то они называются *комплексными*. Комплексные экспертизы относятся к разновидности комиссионных судебных экспертиз (ст. 201 УПК РФ, ст. 23 Закона о судебно-экспертной деятельности). Психи-

атры обычно проводят комплексные экспертизы совместно с психологами, медиками, сексологами, наркологами.

1.5. Амбулаторные и стационарные экспертизы

При амбулаторных СПЭ проводится однократное освидетельствование испытуемого. Их основной особенностью является кратковременный (в течение одного рабочего дня) характер освидетельствования испытуемого без его продолжительного экспертного наблюдения.

Задачи амбулаторной СПЭ:

- определение психического состояния обвиняемого, подозреваемого, подсудимого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими;
- дача заключения о необходимости применения мер медицинского характера к лицам, совершившим общественно опасное деяние или совершившим такое деяние, но заболевшим после его совершения;
- определение психического состояния свидетелей, потерпевших в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Амбулаторные СПЭ проводятся в медицинских учреждениях, при одном из психоневрологических учреждений субъекта РФ, которые предоставляют им помещение для производства экспертизы с необходимым инвентарем.

Общий срок производства СПЭ определяется конкретными обстоятельствами уголовного дела и может быть определен продленными сроками предварительного следствия и содержания подэкспертных под стражей либо иной мерой пресечения до дня направления заключения СПЭ и материалов дела инициатору.

В срок производства СПЭ не включаются временные затраты, связанные с предоставлением экспертам дополнительных материалов, несвоевременным прибытием (доставкой) подэкспертных, а также иные временные задержки, допущенные не по вине экспертов. Срок производства экспертизы приостанавливается в случае заявления экспертами письменного ходатайства о предоставлении дополнительных материалов и возобновляется с момента получения указанных материалов.

Однократность, непродолжительность амбулаторного освидетельствования нередко служит поводом для сомнений в надежности экспертных выводов. Но объем исследовательских действий экспертов при проведении амбулаторной СПЭ не ограничивается комиссионным обследованием испытуемого. Эксперты изучают все материалы

дела, предоставленные следователем, относящиеся к предмету экспертизы, включая медицинскую документацию. СПЭ в целом складывается из системы разнообразных и достаточно продолжительных исследовательских действий. Ее возможности позволяют ответить на большинство экспертных вопросов.

Стационарная СПЭ проводится в условиях психиатрического стационара, где осуществляется длительное наблюдение за испытуемым. При стационарной СПЭ помимо клинических применяются лабораторные и инструментальные методы исследования, применение которых невозможно при амбулаторном обследовании. Необходимость использования дополнительных клинических и параклинических исследований, а также психологических исследований в качестве дополнительного метода исследования в процессе СПЭ решается не назначившим экспертизу судебно-следственным органом, а психиатром-экспертом.

Условия производства СПЭ в психиатрическом стационаре различны в отношении подэкспертных, содержащихся под стражей и не содержащихся под стражей. СПЭ в отношении лиц, содержащихся под стражей, производится только в специально предназначенных для данного контингента подэкспертных судебно-психиатрических экспертных стационарах. Обеспечение безопасности и охрана стационаров осуществляются органами, на которые возложено обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей. СПЭ лиц, не содержащихся под стражей, производится в стационарах с меньшим ограничением прав граждан на передвижение.

Срок стационарного обследования не должен превышать 30 дней. В случае невозможности вынести окончательное решение в указанный срок (например, в связи с недостаточной медицинской документацией и характеризующими сведениями об испытуемом, предоставленными следователем) экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока обследования. Ходатайство о продлении срока пребывания подэкспертного направляется инициатору. Одновременно руководитель медицинского учреждения извещает о заявленном ходатайстве лицо, находящееся в указанном стационаре, и орган, назначивший экспертизу. Общий срок пребывания лица в медицинском стационаре при производстве одной судебной экспертизы не может превышать 90 дней.

Необходимость пребывания подэкспертного в стационаре отпадает, когда эксперты пришли к окончательным выводам. С этого времени подэкспертный подлежит выписке из стационара, его госпитализация заканчивается, но экспертиза не заканчивается до тех пор, пока не будет готово экспертное заключение.

1.6. Судебно-психиатрические экспертизы в зависимости от объекта исследования

В зависимости от объекта исследования выделяют очные, заочные и посмертные СПЭ. Очные СПЭ предполагают обязательное психиатрическое освидетельствование испытуемого. Заочные СПЭ проводятся без такого освидетельствования и базируются только на изучении материалов дела. Заочные экспертизы назначаются в отношении лиц, которые по тем или иным причинам не могут быть освидетельствованы экспертами (например, лицо находится за пределами Российской Федерации, умерло). Заочная экспертиза возможна в отношении без вести пропавшего и в отношении преступника, находящегося в розыске. Посмертные СПЭ назначаются в целях оценки действий лица, покончившего жизнь самоубийством.

Посмертные СПЭ относятся к наиболее сложным, поскольку необходимо оценивать психическое состояние лица ретроспективно, на основании данных медицинской документации, показаний свидетелей, которые нередко бывают противоречивыми, разрозненными и недостаточными для вынесения заключения.

ГЛАВА 2. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

2.1. Возраст уголовной ответственности

В основе уголовной ответственности человека лежит способность учитывать в своих поступках принятые в обществе нормы, которая приобретается в процессе возрастного развития и социализации ребенка и подростка, а ее несформированность определяет невозможность привлечения несовершеннолетнего к уголовной ответственности.

В связи с этим одним из главных условий уголовной ответственности человека считается достижение им определенного возраста, зафиксированного уголовным законодательством.

Согласно возрастной психологии в норме способность к осознанной саморегуляции формируется у современного человека к концу подросткового возраста, который продолжается от 11-12 до 14-15 лет. Осознанная саморегуляция формируется на основе развивающегося самосознания, которое является основным психологическим фактором этого возраста. Самосознание, в свою очередь, определяется развитием абстрактно-логического мышления, рефлексии, а также осознанной личностной позиции, которые в совокупности формируются в единстве с построением иерархии мотивов и смыслов. Но самостоятельная организация поведения субъекта, реализация его личностных установок невозможна без развития волевых процессов. Таким образом, при нормативном психофизиологическом формировании, достигая верхней границы подросткового возраста и выходя за ее пределы, человек должен обладать всеми психологическими структурами, обеспечивающими ему осознанное руководство своими действиями. Именно исходя из таких психологических предпосылок рассматриваются возможные возрастные границы полной или частичной уголовной ответственности.

В Российской Федерации возраст, с которого наступает полная уголовная ответственность, определен 16 годами (ч. 1 ст. 20 УК РФ). Поскольку способность к осознанной саморегуляции, хотя и в незавершенном виде, сформирована у подростка уже к возрасту 14-16 лет, в этом возрастном диапазоне несовершеннолетние привлекаются к уголовной ответственности лишь за наиболее тяжкие правонарушения (ч. 2 ст. 20 УК РФ).

Возрастная психология исходит из того, что способность к осознанной саморегуляции не завершается в 16-летнем возрасте и продолжается, по крайней мере, до 18 лет, к возрасту окончания несовершеннолетия. Кроме того, лицам подросткового и юношеского возраста свойственна естественная возрастная социальная незрелость, которая

также может негативно сказываться на саморегуляции их поведения. С учетом этих обстоятельств *в российском уголовном законодательстве несовершеннолетие само по себе рассматривается как обстоятельство, смягчающее вину, а несовершеннолетие в возрасте 14-18 лет даже при нормальном психическом развитии являются ограниченно ответственными.* Это означает, что хотя несовершеннолетним в возрасте от 16 до 18 лет могут быть инкриминированы все статьи УК РФ, но при небольшой общественной опасности содеянного к ним может применяться не уголовное наказание, а принудительные меры воспитательного характера, в частности помещение в специальное учебно-воспитательное или лечебно-воспитательное учреждение.

Статья 96 УК РФ указывает, что уголовная ответственность лиц от 18 лет в исключительных случаях (с учетом характера совершенного общественно опасного деяния и личности) может определяться теми критериями, которые применяются к несовершеннолетним, в связи с сохранением у них особенностей психики, характерных для младшего подросткового возраста (до 16 лет). Именно это определяет возможность рассматривать таких лиц как фактически не достигших совершеннолетия.

2.2. Соотношение уровня психического развития и возраста уголовной ответственности

Возрастная психология при определении возраста оперирует понятиями не хронологического, конкретного числа, а возрастного периода, во время которого психическое и личностное развитие имеет качественное отличие от других периодов. Степень выраженности естественной возрастной психической зрелости (незрелости) зависит от многих причин, среди которых различные психические аномалии, естественные психофизиологические факторы, связанные с нормативным развитием человека, а также многообразные социально-психологические и воспитательно-педагогические вмешательства, в том числе продолжительные госпитализации, сенсорная дефицитарность, которые естественное развитие могут ускорить или, наоборот, затормозить. В возрастном плане элементы незрелости характерны и естественны для подросткового периода, поэтому «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством» значительно чаще можно констатировать у обвиняемых в возрасте 14-15 лет, чем у несовершеннолетних старшего возраста.

Часть 3 ст. 20 УК РФ: «Если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, во время совершения общественно

опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действия (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности».

Норма, предусмотренная ч. 3 ст. 20 УК РФ, определяет новый, дифференцированный подход к понятию возраста уголовной ответственности и утверждает необходимость учитывать особенности психического развития, его темп и своевременность.

В соответствии с такой формулировкой закона если в период несовершеннолетия (14-16 лет) имеет место отставание в психическом развитии, то подросток не подлежит уголовной ответственности. Указано также на необходимость учитывать не всякое отставание, а только такое, которое определяет неспособность в полной мере осознавать общественно опасный характер своих действий и руководить ими. Следовательно, в законе учтены не только количественные, но и качественные показатели психического развития.

При сходстве правовых последствий применения ч. 1 и 3 ст. 20 УК РФ – освобождение от уголовной ответственности – они имеют существенное отличие: ч. 1 подразумевает формальный паспортный возраст, а ч. 3 – степень психической незрелости, которая соотносится с конкретной противоправной ситуацией и конкретным противоправным поведением, в отношении которых у несовершеннолетнего отсутствует способность в полной мере правильного их восприятия и сознательного контроля.

При определении возможности привлечения к уголовной ответственности несовершеннолетнего следует руководствоваться не только формальным признаком возраста, но и принципом социальной зрелости.

Отставание в психическом развитии, не связанное с психическими расстройствами, означает состояние задержанного, замедленного психического развития в форме личностного парциального инфантилизма¹. К нему относятся только количественные нарушения развития – акселерация, ретардация, социогенный непатологический инфантилизм, и не включаются типы нарушенного развития (дизонтогенеза) в форме искаженного развития (дисгармонический психофизический инфантилизм, аномалии развития при личностной патологии, диссоциированное развитие при шизофрении) и дефекты развития (варианты задержек и поврежденного развития в виде психопатоподобных состояний, изменений личности по органическому и шизофреническому типам). Важное значение в уголовно-правовом судопроизводстве среди различных форм отставания в психическом развитии (дизонтогенеза) имеют состояния психической незрелости или инфанти-

¹ Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В.А. Гурьевой. М., 2001.

лизма, которые могут существенно влиять на поведение несовершеннолетнего и на его способность сознавать значение своих действий и руководить ими.

В психологическом смысле категория «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством» означает незрелость личности как регулятора социального поведения.

В одних случаях это может проявляться в интеллектуальной ограниченности с неразвитостью абстрактно-логического мышления, что приводит к затруднению систематизации опыта и отставанию формирования самосознания. Но личностная незрелость может наблюдаться и при достаточном развитии интеллектуальной сферы. В таких случаях она проявляется в неустойчивости эмоций и поведения, поверхностности суждений, слабой дифференцированности оценок, ситуативности побуждений и действий, игровом характере интересов и мотиваций, в основе которых лежит неструктурированность, неустойчивость и неразвитость мотивов и смыслов. Несформированность иерархии мотивов мешает становлению внутренней позиции и не позволяет несовершеннолетнему определять долговременные социально опосредованные цели и прогнозировать последствия своих поступков. Неразвитость самосознания, целенаправленных устремлений и нравственных позиций приводит к тому, что общепринятые социальные нормы и морально-нравственные ценности не влияют на регуляцию поведения, которое определяется случайными обстоятельствами, собственными сиюминутными побуждениями, влиянием других лиц.

Личность несовершеннолетнего оценивается как зрелая, если она является целостной системой со сформированными ее основными структурами и функциями: иерархическая система мотивов и смыслов, самосознание, способность к целеполаганию, волевые качества. Степень зрелости (сформированности) всех основных личностных качеств не имеет отношения к их содержательным характеристикам и социальной ориентации и оценивается исключительно показателем целостности личностной структуры и, как ее отражение, – внутренней личностной позиции несовершеннолетнего. Таким образом, любое структурирование личности, в том числе ее формирование в социально позитивном, асоциальном или антисоциальном варианте, также как и формирование устойчивых, хотя и дисгармоничных черт и структур, свидетельствует против вывода о незрелости личности.

Недостатком ч. 3 ст. 20 УК РФ, затрудняющим ее практическое использование, является неопределенность в трактовке содержания понятия «отставание в развитии», не связанное с психическим расстройством.

В Постатейном комментарии к Уголовному кодексу Российской Федерации 1996 г. (под ред. А. В. Наумова) в понятие «отставание в

развитии» включена олигофрения, что неправильно по существу, так как олигофрения не может рассматриваться вне рамок психических расстройств. Она имеет свое клиническое выражение и свои не только количественные, но и качественные характеристики. Также неправомерно идентифицировать понятие «отставание в развитии» с педагогической запущенностью, поскольку издержки воспитания согласно действующему уголовному законодательству не ограничивают возможность привлечения к уголовной ответственности. Исключение составляют случаи педагогической и социальной запущенности с признаками клинически очерченного синдрома психофизического инфантилизма, но в этих случаях педагогическая запущенность является юридически нейтральным обстоятельством и применение ч. 3 ст. 20 УК РФ связано с констатацией синдрома психического инфантилизма. Кроме указанных случаев ст. 20 УК РФ не касается задержек психического развития, являющихся следствием органического поражения, шизофренического процесса или другого психического расстройства, которые сопровождаются не аномалией развития, а дефектом психики и требуют применения ст. 21 или 22 УК РФ.

Действие ч. 3 ст. 20 УК РФ целесообразно также ограничивать возрастным периодом от 14 до 15 лет, хотя это и не оговорено законодательно, и оно не должно распространяться на весь период несовершеннолетия. Это связано с тем, что сохранение детской психики в возрасте после 15 лет чаще всего означает более очерченную психическую патологию, при которой применение ст. 20 УК РФ неправомерно.

Вывод о наличии у несовершеннолетнего обвиняемого отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, не является достаточным для применения юридических последствий в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Для применения к несовершеннолетнему обвиняемому ч. 3 ст. 20 УК РФ необходимо доказать, что выявленное у него отставание в психическом развитии не только не связано с психическим расстройством, но и лишало его возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими в период инкриминируемого ему деяния. Вывод эксперта-психолога о практически полной невозможности несовершеннолетнего правонарушителя сознательно руководить своими действиями вследствие не связанного с психическим расстройством отставания в психическом развитии не противоречит заключению эксперта-психиатра об отсутствии психического расстройства, которое могло бы лишать подэкспертного способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими, поскольку такие нарушения могут быть причинно

обусловлены разнообразными непатологическими факторами, среди которых аффективные состояния, возрастные психофизиологические особенности и т.д.

При формулировании юридического критерия в ч. 3 ст. 20 УК РФ используется такой же оценочный критерий, как и в ч. 1 ст. 22 УК РФ, – «не в полной мере». Это ставит в противоречие применение той и другой статьи, поскольку они приводят к разным юридическим последствиям: ч. 3 ст. 20 УК РФ означает освобождение от уголовной ответственности, а ст. 22 УК – нет. Возникающую коллизию предлагается преодолевать путем ужесточения экспертных критериев к применению ч. 3 ст. 20 УК РФ и использовать ее лишь в тех случаях, когда ограничение возможности осознания и руководства своими действиями выражено у несовершеннолетнего настолько существенно, что приближается к ее отсутствию. Только так может быть оправдано освобождение подростка от уголовной ответственности без применения к нему каких-либо мер медицинского или педагогического воздействия, предусмотренных уголовным законом. Если способность несовершеннолетнего осознавать значение своих действий и руководить ими была ограничена незначительно, в экспертном заключении должно быть уделено основное внимание конкретным особенностям его психического развития, повлиявшим на противоправное поведение. Это позволит при назначении наказания учесть уровень психического развития и имеющиеся личностные особенности в соответствии со ст. 89 УК РФ и исключить освобождение от уголовной ответственности в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, является предметом комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Для решения данного вопроса в аспекте практического применения ч. 3 ст. 20 УК РФ необходимо получить ответ на следующие вопросы:

1. Имеется ли у несовершеннолетнего не связанное с психическим расстройством отставание в психическом развитии и если имеется, то в чем это выражается?

2. При наличии такого отставания не влияло ли оно на способность понимать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в период, относящийся к инкриминируемому деянию?

Решение данных вопросов находится в совместной компетенции эксперта-психолога и эксперта-психиатра:

- эксперт-психолог выявляет у несовершеннолетнего подэкспертного признаки отставания в психическом развитии (личностной незрелости) и при их наличии – их соответствие возрастным требованиям уголовного законодательства;

- эксперт-психиатр определяет наличие или отсутствие связи установленного экспертом-психологом у подэкспертного отставания в психическом развитии с психическим расстройством, а при наличии психического расстройства оно оценивается в аспекте медицинского и юридического критериев ст. 21 и 22 УК РФ.

В результате комплексной судебной психолого-психиатрической экспертной оценки могут быть несколько вариантов решения в аспекте возможного применения ч. 3 ст. 20 УК: 1) отсутствие у подэкспертного отставания в психическом развитии или его констатация, но в связи с психическим расстройством, что и в том и в другом случае исключает возможность применения данной статьи; 2) констатация отставания подэкспертного в психическом развитии с применением ч. 3 ст. 20 УК РФ.

С учетом разнопланового предмета исследования используется следующий алгоритм комплексного судебного психолого-психиатрического экспертного исследования несовершеннолетних подэкспертных с последующим решением вопросов:

1. Страдает ли подэкспертный каким-либо психическим расстройством в аспекте медицинского и юридического критериев ст. 21 УК РФ и возможного применения принудительных мер медицинского характера (ст. 97 УК РФ)?

2. При отрицательном ответе на вопрос 1 решается вопрос: имеется ли у подэкспертного отставание в психическом развитии?

3. При положительном ответе на вопрос 2 решается вопрос о связи выявленного отставания в психическом развитии с психическим расстройством, что обусловлено жестким требованием законодателя о том, что отставание психического развития не должно быть связано с психическими расстройствами.

4. При положительном ответе на вопрос 3 (имеется в виду отсутствие связи) решается вопрос о влиянии выявленного отставания в психическом развитии на способность подэкспертного в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий бездействия) либо руководить ими во время совершения общественно опасного деяния (ч. 3 ст. 20 УК РФ).

При положительном ответе на вопрос 1 экспертное исследование прекращается как не имеющее дальнейшего смысла, поскольку такой вариант решения означает освобождение несовершеннолетнего от уголовной ответственности в соответствии со ст. 21 УК РФ. Если в процессе экспертного исследования у подэкспертного выявляется психическое расстройство, не исключающее вменяемости, экспертное исследование продолжается в соответствии с выявленным алгоритмом. Это связано с тем, что помимо психического расстройства, не исключающего вменяемости, у подэкспертного может быть выявлено отста-

вание в психическом развитии, которое причинными механизмами с этим психическим расстройством не связано, что при наличии юридического критерия ч. 3 ст. 20 УК РФ означает возможность ее применения и освобождение от уголовной ответственности, в то время как применение ст. 22 УК РФ от уголовной ответственности не освобождает.

Таким образом, для решения вопроса о применении ч. 3 ст. 20 УК РФ целесообразно назначение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Если проведение такого экспертного исследования невозможно по техническим причинам, то необходимо сначала провести СПЭ, а затем рекомендовать проведение дополнительной судебно-психологической экспертизы.

Несмотря на то что решение вопроса о наличии отставания в психическом развитии и о том, что оно не связано с психическим расстройством, входит в компетенцию комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, окончательное решение вопроса о применении ч. 3 ст. 20 УК РФ входит в компетенцию прокуратуры или суда.

В некоторых случаях для определения возраста несовершеннолетнего правонарушителя назначается судебно-медицинская экспертиза. Но эта экспертиза если и может способствовать определению возраста (зоны роста костей, состояние зубов и т.д.), то только физического. Соответствие же между физическим и психическим уровнями развития наблюдается далеко не всегда. Если речь идет только о СПЭ, то возможности решения вопроса о фактическом психическом развитии очень ограничены. Психологи считают, что на этот вопрос ответить точно нельзя, поскольку имеющиеся в их распоряжении возрастные нормы относятся к возрастным периодам (например, 12-16 лет), а не к конкретному возрасту.

2.3. Общие принципы, задачи и организация судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних (СПЭН) проводится в соответствии с общими нормами производства СПЭ, установленными процессуальным законом, но подчинена также специфическим для подросткового возраста правилам, связанным с некоторыми особенностями законодательства, методологией обследования, клиникой психических расстройств, диагностикой и экспертной квалификацией.

Определение степени психической зрелости малолетнего и несовершеннолетнего потерпевшего относится к компетенции эксперта-психолога. Поэтому при необходимости учитывать фактор психической зрелости несовершеннолетнего потерпевшего рекомендуется комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Необ-

ходимость данного вида экспертного исследования связана также с тем, что экспертная судебно-психиатрическая оценка частных форм психических расстройств у подростков представляет значительные трудности. Именно в результате психологического исследования возможно получить наиболее объективные данные об уровне интеллектуального развития подростка, особенностях и структуре его познавательных и эмоционально-мотивационных функций, волевой устойчивости, умственной работоспособности, поэтому участие эксперта-психолога в производстве СПЭ является если и не обязательным, то предпочтительным.

При организации СПЭ в отношении несовершеннолетних должны быть соблюдены следующие требования:

- 1) соответствие закону, опора на действующее законодательство и нормативные документы;
- 2) обоснованность направления несовершеннолетнего на СПЭ;
- 3) адекватность выбора вида СПЭ;
- 4) достаточная квалификация экспертов, участвующих в проведении СПЭ;
- 5) использование надежных критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки;
- 6) адекватность рекомендуемых мер медицинского характера.

Задачи СПЭН:

- правильная квалификация психического состояния, включающая в себя констатацию (или исключение) психических расстройств;
- определение их нозологической или синдромологической принадлежности (диагностика);
- определение степени выраженности имеющихся психических расстройств (критерии судебно-психиатрической оценки).

Решение каждого из этих вопросов невозможно или крайне затруднено без знания возрастной специфики подростковой психиатрической клиники.

В уголовном производстве по делам несовершеннолетних могут участвовать их законные представители (родители, опекуны, попечители), а также защитники. Указанные лица призваны во время следствия и судебного разбирательства защищать права несовершеннолетнего. В допросе несовершеннолетнего обвиняемого, не достигшего 16-летнего возраста, по усмотрению следователя или прокурора либо по ходатайству защитника может участвовать педагог.

В целом правильная организация СПЭН определяется:

- во-первых, обоснованностью направления несовершеннолетнего на судебно-психиатрическое освидетельствование;
- во-вторых, адекватностью выбора вида экспертизы;

в-третьих, квалифицированностью подростковых специалистов, привлекаемых к проведению СПЭН;

в-четвертых, использованием апробированных критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки;

в-пятых, адекватностью рекомендуемых мер и возможностью их полноценного осуществления.

Выделение СПЭН в самостоятельный раздел было продиктовано потребностями юридической и судебно-психиатрической практики и основано на специфике правового положения несовершеннолетних.

Подростки чаще, чем взрослые, экскульпируются¹. Это связано со следующими особенностями их психического развития, т.е. с расстройствами, которые составляют возрастную специфику подросткового периода, экспертная оценка которых решается по степени выраженности (юридический критерий невменяемости):

- патологически протекающий пубертатный криз;
- задержка развития;
- диссоциированное созревание;
- выраженные психопатоподобные нарушения.

Клинический опыт показывает, что первое впечатление о психическом состоянии подростка часто оказывается ошибочным не только в связи с особенностями оформления у них психических заболеваний, но также с нежеланием или неумением в этом возрасте сообщать о своих недугах, последовательно защищать себя, частой бравадой и склонностью к вымыслам, тенденцией к психологической интерпретации любых своих нелепых поступков, возможностью корректировать свое поведение и высказывания во время беседы с официальным лицом и т.д.

Поэтому для обоснованного экспертного заключения необходимо получение полноценных сведений о подростке, о перенесенных им в детстве заболеваниях и травмах головного мозга, о фактах его неправильного поведения в прошлом, о динамике его состояния к периоду обследования.

Приведенные данные с очевидностью свидетельствуют о предпочтительности стационарного, а не амбулаторного освидетельствования подростка, а также о необходимости тщательного сбора материалов по уголовному делу.

При СПЭ лиц подросткового возраста необходимо комплексное (клиническое и психологическое) исследование характеристик, отра-

¹ Экскульпируются – термин, используемый в контексте судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, означающий освобождение их от уголовной ответственности.

жающих нарушения (аномальность) психического формирования. При этом необходимо учитывать:

- 1) уровень интеллектуального и когнитивного функционирования;
- 2) способность осмысления криминальной ситуации, при групповых деликтах – наличие и степень выраженности ведомости и подчиняемости;
- 3) состояние (ограничение, нарушение) саморефлексии;
- 4) состояние волевой регуляции поведения (уменьшение или нарушение);
- 5) особенности мотивационной сферы;
- 6) наличие патологических влечений, их клиническая структура;
- 7) состояние критических функций (недостаточность или грубые нарушения);
- 8) адаптивные способности (в семье, школе, референтной группе, социуме и т.д.).

ГЛАВА 3. ОСНОВАНИЯ, ПОВОДЫ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ И ПОДГОТОВКА К ПРОВЕДЕНИЮ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

3.1. Основания и поводы для назначения судебно-психиатрической экспертизы

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) назначается, когда требуются специальные знания в области психиатрии и смежных с ней научных знаний в области психологии, сексологии, наркологии, травматологии и знания о других расстройствах здоровья человека, которые могли повлечь его невменяемость, в связи с сомнениями в его психической полноценности и необходимости применения соответствующей меры медицинского характера. Общественная опасность для себя и окружающих у лиц с психическими расстройствами заключается в непредсказуемости их юридически значимого поведения. Психическое расстройство может внезапно проявляться в любой период жизни человека и на любой стадии уголовного процесса.

СПЭ по собственной инициативе может быть назначена только лицом, в производстве которого находится уголовное дело или материал доследственной проверки (ч. 1 ст. 144 УПК РФ): дознавателем, следователем, судом. Ходатайствовать о назначении экспертизы могут подозреваемый, обвиняемый, потерпевший, прокурор, защитник; гражданский истец и гражданский ответчик.

Решая вопрос о необходимости назначения судебно-психиатрической экспертизы, в первую очередь необходимо руководствоваться положениями ст. 21, 22 УК РФ, определяющими невменяемость и уголовную ответственность лиц с психическим расстройством, не исключаяющим вменяемости, ст. 195, 196, 29 УПК РФ, регламентирующими порядок назначения судебной экспертизы, обязательное назначение судебной экспертизы, полномочия суда.

Обязательно назначение СПЭ в соответствии со ст. 196 УПК РФ, если необходимо установить:

1) психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве, в том числе его нуждаемость в лечении в стационарных условиях;

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

3) психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда имеются основания полагать, что он является больным наркоманией;

4) психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания.

Основанием (поводом) назначения судебно-психиатрических экспертиз являются сомнения в психической полноценности (вменяемости) обвиняемого, подозреваемого, потерпевшего, свидетеля и потребность в специальных знаниях в области психиатрии для их разрешения. Сомнение в психической полноценности есть обоснованное фактическими данными предположение о наличии у лица психического расстройства, способного повлиять на юридически значимое поведение. Необходимость использования наряду с психиатрическими смежных с ними знаний в области психологии, сексологии является основанием для комплексных экспертиз (психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической).

Верховный Суд РФ к обстоятельствам, вызывающим сомнения во вменяемости относит, например, наличие данных о том, что у лица в прошлом диагностировалось психическое расстройство, ему оказывалась амбулаторная психиатрическая помощь, он помещался в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, признавался невменяемым по другому уголовному делу, негодным к военной службе по состоянию психического здоровья и т.п., о нахождении на обучении в учреждении для лиц с задержкой или отставанием в психическом развитии, о получении в прошлом черепно-мозговых травм, странности в поступках и высказываниях, свидетельствующие о возможном наличии психического расстройства, собственные высказывания об испытываемых болезненных (психопатологических) переживаниях и др.¹

Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы должны иметь информационный и доказательственный характер на основе системы фактических данных, соответствующих ст. 73 УПК РФ, регламентирующей обстоятельства, подлежащие доказыванию.

Источниками такой информации могут быть установленные в ходе следствия объективно существующие факты, приведшие следователя к выводу о возможном наличии у лица психического расстройства:

¹ О практике применения судами принудительных мер медицинского характера : постановление Пленума Верховного Суда РФ от 07.04.2011 № 6, п. 6.

– сведения о том, что лицу в прошлом оказывалась психиатрическая или наркологическая помощь в амбулаторных или стационарных условиях и у него диагностировалось психическое расстройство; лицо ранее признавалось невменяемым по другому уголовному делу, недееспособным по гражданскому делу (ст. 283 ГПК РФ), негодным к военной службе по состоянию психического здоровья, ранее проходило судебно-психиатрическую, военно-врачебную, медико-социальную, трудовую экспертизы с установлением диагноза психического расстройства, находилось или находится на обучении, наблюдении либо содержании в учреждениях для лиц с задержкой или отставанием в психическом развитии;

– сведения о частоте психических заболеваний среди близких родственников (наследственной отягощенности), учитывая, что родственники и другие лица, заинтересованные в исходе уголовного дела, могут давать предвзятые оценки психической ненормальности психически здоровых лиц или, наоборот, говорить о психической норме у душевнобольных;

– сведения о попытках самоубийства, употреблении наркотических средств и психоактивных веществ;

– сведения о перенесенных черепно-мозговых травмах, тяжелых инфекционных и иных заболеваниях, которые могут сопровождаться психическими расстройствами: энцефалит, менингит и т.д., если они вызывали ухудшения успеваемости в учебе, работе, службе, снижение трудоспособности;

– сведения о странном, неадекватном поведении гражданина в период, предшествующий правонарушению, во время совершения правонарушения, после него и в период следствия;

– видимые безмотивность, неадекватность, жестокость поведения лица, противоречащие целям достижения преступного результата: действия, демонстрирующие отсутствие очевидных мотивов преступления, признаки множественности причиненных повреждений и бессмысленного ущерба (например, последующий поджог места преступления), сексуальные аномалии, связь с оборотом наркотиков, алкоголя и т.п.;

– жалобы и высказывания самого лица и его окружающих о своих болезненных психопатологических переживаниях, галлюцинациях, необычных ощущениях, нарушениях памяти и других симптомах психических расстройств¹;

– личные наблюдения следователя, суда, отраженные в протоколах и различных следственно-судебных и служебных документах:

¹ Подр.: Лисняк М.А. Судебная психиатрия : учебное пособие. Красноярск: СибЮИ МВД России, 2010.

странное, нелепое поведение в помещениях следственно-судебных органов, местах лишения свободы. В данный период могут выявиться: необычные высказывания и жалобы на путаницу мыслей, на «голоса» и «воздействие со стороны», страхи и чувство враждебного, угрожающего отношения окружающих; неспособность правильно осмысливать вопросы и отвечать на них существу; пассивность, возбужденность, агрессивность замкнутость, возникающие без видимых причин; безучастное отношение к совершенному деянию и привлечению к уголовной ответственности, или напротив, аффективные, – резкие либо слабые эмоциональные реакции, явно выходящие за рамки адекватных в конкретной ситуации;

– аналогичные сведения об условиях жизни, развития и воспитания несовершеннолетнего.

Следователь должен принять все необходимые меры для скорейшего назначения судебно-психиатрической экспертизы в целях соблюдения разумных сроков уголовного судопроизводства, поскольку производство экспертиз занимает длительное время, а в некоторых случаях необходимо производство дополнительных либо повторных, стационарных экспертиз.

3.2. Подготовка и назначение судебно-психиатрической экспертизы

Подготовка и назначение СПЭ состоят из трех этапов.

Первый этап – выяснение обстоятельств события преступления (время, место способ и другие обстоятельства совершения преступления, указанные в ст. 73 УПК РФ) и сбор характеризующего материала на подэкспертного, подтверждающего наличие оснований для назначения экспертизы: сомнений в его психической полноценности. Выяснение обстоятельств события преступления и сбор характеризующего материала осуществляется путем производства соответствующих следственных и процессуальных действий, чего эксперты делать не вправе.

Цель сбора характеризующего материала – получение информации, фактических данных, которые позволят экспертам максимально полно, всесторонне и объективно исследовать свойства личности человека, в отношении которого назначается СПЭ. От своевременности и качества предоставленных материалов зависят полнота, всесторонность, объективность, научная обоснованность и разумные сроки производства экспертизы.

Неполно и некачественно собранный характеризующий материал может повлечь увеличение срока производства экспертизы, необоснованное заключение и экспертные ошибки, исключение заклю-

чения из числа доказательств, отмену принятого судом решения, поскольку сроки проведения экспертизы и следствия и стражи не безграничны, а проявления болезни (или ее симуляции), зачастую по времени не предсказуемы. Экспертиза может установить причинную связь данных о психическом состоянии подэкспертного с наступившими последствиями и дать рекомендации о вменяемости.

Объективизация характеризующих материалов, полученных до назначения экспертизы, чрезвычайно важна, так как может исключить необоснованное назначение экспертизы или, наоборот, будет содействовать своевременному проведению экспертного исследования, поскольку признаки болезненного расстройства психики могут внезапно выявиться на любом этапе уголовного процесса. Необходимо своевременно получить материалы о формировании личности, социальном поведении, круге интересов, ценностных ориентациях подэкспертного, включая его странное, неадекватное поведение в семье, быту, на производстве, отмеченное задолго до привлечения к уголовной ответственности.

Второй этап – вынесение постановления о назначении экспертизы, которое является юридическим основанием для назначения СПЭ.

В постановлении следователя (определении суда) о назначении СПЭ обязательно указываются: должность и имя лица, назначившего экспертизу; краткая фабула уголовного дела (с указанием времени, места, способа и иных обстоятельств совершения преступления и статьи УК РФ, которой предусмотрено наказание за его совершение); основания ее назначения: краткие обстоятельства, вызвавшие сомнение в психической полноценности подэкспертного; конкретные вопросы, подлежащие разрешению; вид экспертизы; наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена экспертиза (поручение производства экспертизы СПЭУ иной территориальной принадлежности или ГНЦ им. В.П. Сербского должно быть обоснованным, например, в связи с отводом всех территориальных экспертов по тем или иным объективным обстоятельствам); фамилия, имя, отчество подэкспертного, дата его рождения; установленные по делу сроки расследования и содержания подэкспертного под стражей; перечень материалов, предоставляемых в распоряжение эксперта.

По сложившейся практике, оказавшейся весьма эффективной, первичная экспертиза всегда назначается как амбулаторная, поскольку амбулаторное освидетельствование почти в 90% всех назначаемых экспертиз является достаточным, чтобы ответить на все интересующие следствие и суд вопросы. И только в случае невозможности решения вопросов в амбулаторных условиях, как правило, по рекомендации самих экспертов назначается стационарная экспертиза.

При назначении судебно-психиатрической экспертизы на разрешение экспертов следует ставить вопросы, позволяющие выяснить характер и степень психического расстройства во время совершения общественно опасного деяния и в ходе предварительного расследования; установить, могло ли лицо в указанные периоды осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими. Следует ставить вопросы о том, связано ли психическое расстройство с опасностью для подэкспертного и других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда, нуждается ли лицо в применении принудительной меры медицинского характера и какой именно, может ли это лицо с учетом характера и степени психического расстройства лично осуществлять свои процессуальные права¹.

*Примерная формулировка вопросов экспертам-психиатрам
в соответствии с требованиями УК РФ*

1. Страдал ли подэкспертный во время совершения инкриминируемого ему деяния (деяний) хроническим либо временным психическим расстройством, слабоумием или иным болезненным состоянием психики, если да, то каким именно и с какого времени, какова степень расстройства? Лишало ли оно его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими?

2. Страдает ли подэкспертный во время производства по уголовному делу хроническим либо временным психическим расстройством, слабоумием или иным болезненным состоянием психики, если да, то каким именно, какова степень расстройства? Лишает ли оно его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими?

3. Может ли подэкспертный с учетом характера и степени психического расстройства лично осуществлять свои процессуальные права (обязанности) в уголовном судопроизводстве?

4. Мог ли подэкспертный во время совершения преступления в силу психического расстройства в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими?

5. Способен ли подэкспертный адекватно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, объективно отражающие расследуемые события?

6. Нуждается ли подэкспертный в применении к нему принудительных мер медицинского характера, и если да, то в каких именно?

¹ О практике применения судами принудительных мер медицинского характера : постановление Пленума Верховного Суда РФ от 07.04.2011 № 6, п. 6.

Вопросы, разрешаемые психолого-психиатрической экспертизой

1. Находился ли подэкспертный в момент совершения инкриминируемого ему деяния в состоянии аффекта?
2. Каковы индивидуально-психологические особенности подэкспертного? Оказали ли они существенное влияние на его поведение во время инкриминируемого ему деяния, если да, то какое именно?
3. Находился ли подэкспертный во время совершения инкриминируемого ему деяния в состоянии повышенной эмоциональной напряженности, вызванной психотравмирующей ситуацией?
4. Имеется ли у подэкспертного отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, если да, то какова его степень, и мог ли он в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими?

Вопросы, разрешаемые сексолого-психиатрической экспертизой

1. Имеются ли у подэкспертного признаки какие-либо расстройства сексуального развития, влечения, предпочтения педофилии, и лишали ли они его возможности осознавать фактический характер и значение своих действий либо руководить ими во время совершения инкриминируемого ему деяния (деяний)?
2. Нуждается ли подэкспертный в применении к нему принудительных мер медицинского характера, связанных с обнаруженными у него патологиями сексуальной сферы?
3. Имеются ли у подэкспертного какие-либо расстройства функций сексуальной (или психической) сферы, препятствующие совершению им полового акта?

Если в ходе следствия выявятся новые эпизоды преступлений или признаки более тяжкого преступления, в которых подозревается подэкспертный, то необходимо назначать дополнительную психиатрическую экспертизу.

Лицо, в отношении которого назначена судебно-психиатрическая экспертиза, и связанные с ним участники судопроизводства должны быть ознакомлены с постановлением о назначении экспертизы до начала ее производства для соблюдения конституционных принципов равноправия сторон.

Подэкспертные при назначении и производстве СПЭ вправе в соответствии с ч. 1 ст. 198 УПК РФ:

- 1) знакомиться с постановлением (определением) о назначении СПЭ;
- 2) заявлять отвод эксперту или ходатайствовать о производстве экспертизы в другом СПЭУ;

3) ходатайствовать о привлечении в качестве экспертов указанных ими лиц либо о производстве СПЭ в конкретном СПЭУ;

4) ходатайствовать о внесении в постановление (определение) о назначении СПЭ дополнительных вопросов эксперту;

5) присутствовать с разрешения следователя при производстве экспертизы, давать объяснения эксперту;

6) знакомиться с заключением эксперта или сообщением о невозможности дать заключение, а также с протоколом допроса эксперта.

Эти права разъясняются следователем (судом) при ознакомлении с постановлением (определением) о назначении экспертизы. Отказ в удовлетворении ходатайств должен быть мотивирован и надлежаще оформлен.

Третий этап – обеспечение следователем явки подэкспертного к экспертам и предоставление материалов уголовного дела.

Направление экспертам материалов уголовного дела в полном объеме не противоречит требованиям ст. 57, 195, 199, 204 УПК РФ. При этом в представленных материалах дела должны находиться документы, в достаточном объеме содержащие фактические данные о характеристике личности, поведения и высказываниях подэкспертного, имеющие непосредственное отношение к объекту психиатрического исследования и проверяемому событию преступления (время, место способ и другие обстоятельства совершения преступления).

Доставка подэкспертного в СПЭУ организуется лицом, назначившим экспертизу (ч. 3 ст. 27 Закона о судебно-экспертной деятельности) и не может возлагаться на экспертов и на СПЭУ.

Постановление о назначении СПЭ направляется руководителю выбранного СПЭУ, который поручает производство экспертизы конкретным экспертам из числа сотрудников данного учреждения (ч. 1 и 2 ст. 199 УПК). Расписка о предупреждении об ответственности за дачу заведомо ложного заключения дается экспертом в тексте экспертного заключения.

Если проведение СПЭ назначено вне экспертного учреждения, то назначивший ее вызывает эксперта, удостоверяется в его личности, специальности, компетентности, отсутствии оснований для отвода и только после этого вручает ему постановление (определение) о назначении экспертизы, разъясняет его права и обязанности, предупреждает об ответственности за дачу заведомо ложного заключения. О выполненных действиях в постановлении о назначении экспертизы делается отметка, которая удостоверяется подписью эксперта.

При необходимости в соответствии со ст. 29, 203, 101, 165 УПК РФ подозреваемый, обвиняемый могут быть помещены в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, для производства судебной экспертизы на срок до

30 дней. Этот срок может быть продлен постановлением судьи районного суда по месту нахождения медицинской организации еще на 30 дней, в исключительных случаях возможно повторное продление срока пребывания, но общий срок не может превышать 90 дней¹.

На данном этапе следователь должен избрать адекватную меру пресечения подозреваемому, обвиняемому либо обеспечить явку лиц, не содержащихся под стражей, потерпевших и свидетелей, которые позволят экспертам полно, качественно и в разумные сроки разрешить вопросы, поставленные перед ними следователем.

Для проведения СПЭ следователь должен обеспечить явку подэкспертного в экспертное учреждение и предоставить экспертам:

- 1) подлинник постановления о назначении экспертизы;
- 2) материалы уголовного дела в подшитом и пронумерованном виде;
- 3) заверенные копии паспорта (формы 1 – заявления о выдаче паспорта), военного билета, водительского удостоверения, трудовой книжки;
- 4) письменные характеристики из всех учреждений и организаций, где обучался, работал, служил, отбывал наказание подэкспертный: школьная, профессионального училища, колледжа, вуза, производственная, социально-бытовая, из мест лишения свободы ФСИН, из воинской части, иных корпоративных объединений и общественных организаций;
- 5) протоколы допросов родственников, друзей, постоянных знакомых, педагогов, сослуживцев, соседей, частнопрактикующих врачей-психиатров о характерологических чертах и свойствах личности и поведении подэкспертного в быту и вне медицинского учреждения;
- 6) справки из психоневрологических и наркологических диспансеров, от участковых врачей психиатра и нарколога об обращении за психиатрической или наркологической помощью, датах постановки на диспансерный учет с указанием диагноза, по всем установленным местам регистрации и жительства. При наличии сведений о психических расстройствах – аналогичные справки на родителей, детей и близких кровных родственников подэкспертного;
- 7) копии заключений судебно-психиатрических экспертиз, если они ранее проводились в отношении подэкспертного;
- 8) копию заключения судебно-медицинской экспертизы потерпевшего в случаях, когда перед экспертом ставится вопрос об определении аффекта;

¹ Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы : приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.01.2017 № 3н.

9) сведения о результатах обращения подэкспертного к специалистам-психологам;

10) подлинники медицинских амбулаторных карт или историй болезни стационарного больного из психиатрических или наркологических медицинских учреждений, в которые подэкспертный обращался за медицинской помощью по поводу психических, наркологических заболеваний, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, отравлений и других заболеваний, которые могут повлечь психические расстройства;

11) акт исследования состояния здоровья призывника, заключение ВВК из военкомата в случаях освобождения по состоянию психического здоровья от службы в армии (ст. 14-20 Расписания болезней). Материалы медицинских подразделений воинских частей по месту прохождения военной службы;

12) копии вступивших в законную силу приговоров, решений судов и административных комиссий в отношении подэкспертного, истребованные в системе кримучетов и ИЦ МВД РФ;

13) протоколы следственных действий, судебных заседаний, решения административных органов, указывающие на признаки психических расстройств;

14) фото- и видеоматериалы – приложения к вышеназванным протоколам;

15) копии материалов, размещенных подэкспертным и лицами из его непосредственного окружения, о нем на ресурсах сети Интернет: в мессенджерах, социальных сетях, на сайтах в видео-, фотоматериалах, переписках, в печатных изданиях;

16) иные материалы, содержащие фактические данные о действиях, высказываниях, реакциях, поведении подэкспертного (фото-, видеоматериалы, его письменная продукция: рукописные записи, дневники; из различных источников: персональных компьютеров, от граждан, СМИ, печатных изданий и т.п.);

17) для несовершеннолетних дополнительно: истории развития ребенка, болезни из стационаров, от детских психиатра и нарколога; акт обследования материально-бытовых условий; сведения комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав; сведения о родителях и ближайших родственниках, касающиеся их психического состояния и отношения к употреблению наркотических средств и психоактивных веществ;

18) решение о продлении срока содержания подэкспертного под стражей (иной мерой пресечения).

3.3. Особенности тактики допроса лиц из окружения подэкспертного

В ходе допросов лиц из окружения подэкспертного – родственников, друзей, знакомых, педагогов, сослуживцев, соседей – необходимо корректно, акцентируя внимание на конкретных фактах, поступках и высказываниях, чертах характера и свойствах его личности на протяжении всей жизни, учебы, работы, службы фиксировать свойства его личности:

1) стрессоустойчивость, коммуникабельность, открытость, замкнутость, доброжелательность, агрессивность, честность, хитрость, лживость; прямолинейность, уклончивость, настойчивость, инициативность, силу воли, уравновешенность, самооправдание; склонности, хобби (нетрадиционные религиозность и ориентацию); планы на перспективу, внешний вид и отношение к нему (опрятность, необходимость и умение следить за собой; нелепость одежды, прически, макияжа), и т.п. странности; уровень образования, интеллекта, профессионализма;

2) предпочтительные способы общения подэкспертного с окружающими (Интернет, мессенджеры) и характер реакций во взаимоотношениях на критику, одобрение, способность к самокритике;

3) причины и факторы раздражительности, вспыльчивости, перепадов настроения, факты о поведении и высказываниях в стрессовых ситуациях;

4) факты и последствия употребления наркотических средств, психоактивных веществ и алкоголя;

5) факты и последствия обращения (и не обращения): за психиатрической, наркологической, психологической помощью, за медицинской помощью по поводу перенесенных нейроинфекций, черепно-мозговых травм и иных заболеваний, которые могут повлечь психические расстройства, обращения к «целителям»;

6) высказывания подэкспертного о его восприятии окружающего мира: видениях, голосах, ощущениях, воспоминаниях (галлюцинациях), не соответствующих объективной реальности, которые были замечены допрашиваемыми.

Целями допросов являются: поиск материалов, которые необходимо предоставить в распоряжение экспертов, и получение фактических данных о симптомах возможных психических расстройств подэкспертного на протяжении всей его предшествующей жизни, которые эксперты в ходе проведения экспертизы, объективно наблюдать не могут.

В протоколах допросов следует отражать не собственные выводы допрашиваемых, а объективные факты, основанные на их собственных наблюдениях за поведением подэкспертного: «он сказал ...»,

«он сделал ...». На основании данных наблюдений эксперты могут получить данные о свойствах личности обследуемого, которые по ряду различных причин могут не проявиться в его поведении в период наблюдения при производстве экспертизы.

Неадекватное поведение подэкспертного при проведении следственных действий целесообразно фиксировать на фото- и видеозапись и путем допроса понятых, специалистов и иных не заинтересованных, участвовавших в следственном действии, лиц.

При надлежащем психологическом контакте с допрашиваемыми следователь может получить объективную информацию, необходимую экспертам для составления полного и обоснованного заключения о психическом состоянии подэкспертного. Установление психологического контакта целесообразно, поскольку среди его близких родственников и окружающих с достаточной вероятностью могут быть лица, страдающие психическими расстройствами, необъективно отражающие его характеристики.

Следователю необходимо самостоятельно изучать нормативные правовые акты и научную литературу в области психиатрии, и при необходимости консультироваться с экспертами-психиатрами по вопросам организации и производства экспертизы.

При недостаточной профессиональной подготовленности следователя допрос лиц из числа окружения и родственников подэкспертного целесообразно производить с участием эксперта психиатра (в процессуальном статусе специалиста) в соответствии со ст. 57, 58, 164 УПК РФ, который поможет тактически правильно сформулировать вопросы, ответы на которые могут потребоваться при проведении экспертизы.

В случае неполноты предоставленных на исследование материалов эксперт вправе ходатайствовать о предоставлении дополнительных материалов. На период удовлетворения ходатайства экспертиза приостанавливается. В случае их непредоставления эксперт составляет заключение с ответами на вопросы, для разрешения которых было достаточно предоставленных материалов. Если ни на один из поставленных вопросов дать ответ не представляется возможным, эксперты направляют мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение.

После вынесения постановления о назначении экспертизы следователь направляет его в государственное судебно-психиатрическое экспертное учреждение либо специализированное экспертное подразделение, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности по соответствующим работам (услугам), которое в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 января 2017 г. № 3н «Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатри-

ческой экспертизы» проводит экспертизу. Данный приказ определяет правила, порядок, виды, объем и сроки проводимых при экспертизе исследований.

3.4. Присутствие следователя при производстве судебно-психиатрической экспертизы и оценка следователем заключения эксперта

Необходимость присутствия следователя при производстве СПЭ (ст. 197 УПК РФ) определяется целесообразностью в каждой конкретной следственной ситуации. Единственный рациональный повод для его присутствия – это надлежащий психологический контакт между следователем и подэкспертным, позволяющий объективно и качественно провести экспертное исследование, не вмешиваясь в его ход.

Присутствие следователя нецелесообразно по этическим и правовым соображениям. Например, совещание экспертов-психиатров между собой должно проходить в отсутствие посторонних лиц для обеспечения возможности каждому эксперту свободно выражать свое мнение (ст. 7 Закона о судебно-экспертной деятельности).

Если, по мнению эксперта, присутствие следователя способно негативно повлиять на ход экспертных исследований (к примеру, осложнить психологический контакт эксперта с испытуемым), то эксперт вправе просить следователя о проведении исследований с испытуемым наедине¹.

Оценка заключения эксперта

Решение вопроса о вменяемости относится исключительно к компетенции суда. Но оценка заключения судебно-психиатрической экспертизы должна производиться не только судом, но и следователем в ходе предварительного расследования для получения доказательственной информации от лиц с различными особенностями восприятия юридически значимых событий. Для этого следователь должен обладать достаточными научными знаниями о поведенческих проявлениях различных психических расстройств, чтобы правильно и своевременно разрешить вопросы, имеющие значение для объективного расследования уголовного дела.

Заключение СПЭ является одним из источников доказательств. Как и всякое другое доказательство, оно не имеет заранее установленной силы и подлежит оценке с точки зрения научной обоснованности, относимости, допустимости, достоверности, достаточности, полноты и обоснованности исследования, использования утвержденных и

¹ Судебная психиатрия : учебник для юрид. вузов / под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. М., 1998.

эффективных методик, соответствия выводов ходу и результатам исследования, соответствия выводов другим доказательствам, собранным по делу (ст. 87, 88 УПК РФ).

Прежде чем оценить заключение, следователю необходимо внимательно и полностью его изучить, поскольку в его содержании могут быть фактические либо технические ошибки. При этом следователю необходимо изучить научную литературу, соответствующую поставленным перед экспертами вопросам.

Оценив экспертное заключение, следователь, суд могут признать их полными, достоверными и положить в основу принимаемого по делу процессуального решения либо, отклонив полностью или в части, назначить дополнительную или повторную экспертизу. Когда в деле имеется несколько заключений экспертов, содержащих различные выводы по одним и тем же вопросам, следует дать оценку каждому из них в совокупности с другими доказательствами. При отклонении выводов экспертов несогласие следователя и суда должно быть мотивировано в постановлении о назначении дополнительной либо повторной СПЭ. Суд в приговоре должен привести мотивы, по которым он согласился с одним из заключений и отверг другие (п. 6 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 29 апреля 1996 г. № 1 «О судебном приговоре»).

Рациональные правила оценки заключения экспертов на правильно поставленные следователем вопросы должны соответствовать основным критериям.

1. С точки зрения соответствия действующему законодательству, регламентирующему производство судебных экспертиз, в том числе ст. 61, 70 УПК РФ (основания для отвода эксперта), ст. 195-207 УПК РФ (производство судебной экспертизы), постановлению Пленума Верховного Суда РФ от 21 декабря 2010 г. № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам».

2. Заключение должно быть ясным, полным, информативным, научно обоснованным с точки зрения рекомендуемых мер медицинского характера, достоверным с точки зрения изложенных в нем фактов, соответствовать требованиям относимости и допустимости доказательств (ст. 75 УПК РФ).

3. С точки зрения внутренней логики вводная, исследовательская части и выводы заключения не должны противоречить друг другу.

4. В заключении не должно быть вероятностных выводов, за исключением посмертной, заочной экспертиз, например при суицидах, когда от погибшего или отсутствующего невозможно получить недостающие объективные сведения.

5. Выводы экспертов должны быть определенными, в соответствии с поставленными вопросами, и не иметь двоякого толкования.

6. Итоговая оценка проводится в совокупности с другими доказательствами, собранными по делу, заключение экспертов не должно им противоречить.

Результат оценки заключения эксперта позволит решить вопрос: есть ли основания для назначения дополнительной, повторной, стационарной экспертизы. Если выводы экспертов противоречат совокупности доказательств, собранных по делу, то может быть назначена повторная экспертиза.

В случае недостаточной ясности или полноты экспертного заключения в соответствии со ст. 205, 207 УПК РФ возможны допрос экспертов, для разъяснения данного ими заключения, дополнительная экспертиза, производство которой поручается тому же или другому эксперту; а в случаях сомнений в обоснованности заключения или наличия противоречий в выводах экспертов по тем же вопросам может быть назначена повторная экспертиза, производство которой поручается другому эксперту.

Несогласие с выводами экспертов следователь, суд должны мотивировать и конкретно обосновать фактическими данными в постановлении о назначении повторной экспертизы, поскольку это указывает на то, какие именно обстоятельства вызывают у них сомнение в обоснованности экспертного заключения.

При изучении заключения экспертов необходимо обращать внимание на его исследовательскую часть. При беседе с экспертом подэкспертные зачастую воспринимают эксперта как врача, а не как участника уголовного судопроизводства со стороны обвинения, чаще и охотнее идут с ним на контакт и, отрицая предъявленные ему обвинения, невольно сообщают обстоятельства совершенного ими противоправного деяния (фактических действий либо их мотивов). Подобного рода проговорки отражаются экспертами в заключении и могут быть использованы следователем при составлении обвинительного заключения или постановления о направлении уголовного дела в суд для применения принудительной меры медицинского характера.

ГЛАВА 4. НОРМАТИВНАЯ ПРАВОВАЯ БАЗА ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

Целью судебно-психиатрической экспертизы является определение психического состояния испытуемого в момент (период) совершения тех или иных деяний и выдача медицинского заключения с рекомендациями:

а) о вменяемости (способности отдавать отчет своим действиям и руководить ими) 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 дела, в случаях, когда у органов следствия, прокуратуры и суда возникают сомнения в их психической полноценности.

Окончательный вывод о вменяемости лица дает только суд, и только суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

СПЭ не имеет инстанций. Все экспертные комиссии и психиатры пользуются равными юридическими правами, их заключения, начиная от ГНЦ им. В.П. Сербского до амбулаторной СПЭ, являются для суда равноправными, одним из 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 несогласие должно быть мотивированным (ст. 283 УПК РФ).

Вопросы, поставленные перед экспертом, и его заключение не могут выходить за пределы специальных знаний эксперта.

Процессуальный статус судебно-психиатрического эксперта, его обязанности, права и ответственность

Статья 12 Закона о судебно-экспертной деятельности «Государственный судебный эксперт»

Государственным судебным экспертом является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения должностных обязанностей.

Профессиональные и квалификационные требования, предъявляемые к эксперту (ст. 12, 13 Закона о судебно-экспертной деятельности):

- 1) высшее профессиональное образование;
- 2) последующая (последипломная) подготовка по конкретной экспертной специальности;
- 3) аттестация их на право самостоятельного производства судебной экспертизы.

Статья 57 УПК РФ

«Эксперт»

Эксперт – лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном настоящим Кодексом, для производства судебной экспертизы и дачи заключения.

1. Эксперт вправе:

- 1) знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;
- 2) ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечение к производству судебной экспертизы других экспертов;
- 3) участвовать с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы;
- 4) давать заключение в пределах своей компетенции, в том числе по вопросам, хотя и не поставленным в постановлении о назначении судебной экспертизы, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования;
- 5) приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;
- 6) отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также случаев, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения. Отказ от дачи заключения должен быть заявлен экспертом в письменном виде с изложением мотивов отказа.

2. Эксперт не вправе:

- 1) без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;
- 2) самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования;
- 3) проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств;
- 4) давать заведомо ложное заключение;

5) разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 настоящего Кодекса;

6) уклоняться от явки по вызовам дознавателя, следователя, прокурора или в суд.

3. За дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 307 УК РФ.

4. За разглашение данных предварительного расследования эксперт несет ответственность в соответствии со ст. 310 УК РФ.

Эксперт, принявший к производству порученную экспертизу, получив материалы и объекты экспертизы, обязан:

1) изучить содержание постановления или определения о назначении экспертизы, состояние упаковки материалов и объектов (целость, наличие и характер ее нарушения), пояснительные надписи на ней;

2) установить соответствие представленных объектов перечню, приведенному в постановлении или определении о назначении экспертизы, и оценить их достаточность для решения поставленных вопросов;

3) оценить возможность производства экспертизы в установленный руководителем ГСЭУ срок, исходя из вида, характера и объема предстоящих экспертных исследований, и доложить ему об этом;

4) принять меры к обеспечению сохранности материалов и объектов экспертизы.

Эксперт использует медицинские методики, технологии, разрешенные к применению в ГСЭУ технические средства для объективного, всестороннего, полного, строго научно обоснованного решения поставленных перед ним вопросов.

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

Статья 35 Закона о судебно-экспертной деятельности ограничивает методы, которые можно использовать по отношению к живым лицам при проведении экспертизы. В частности, она запрещает:

- причинять болевые ощущения;
- использовать методы, отрицательно сказывающиеся на здоровье объекта;

– применять запрещенные законом Российской Федерации методы;

– применять оперативное вмешательство.

При поручении производства СПЭ лицу, которое не является сотрудником государственного СПЭУ (отделения), лицо, назначающее экспертизу, обязано предварительно выяснить профессиональную компетентность данного специалиста (специальность, стаж работы, наличие специальной экспертной подготовки, врачебной категории, ученой степени или ученого звания). Следует также уточнить наличие условий, которые необходимы для полноценного и безопасного проведения соответствующих экспертных исследований.

СПЭ проводятся на основе единых федеральных нормативных актов, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, к которым относятся следующие:

– Уголовный кодекс Российской Федерации : Федеральный закон от 13.06.1996 № 63-ФЗ;

– Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации : Федеральный закон от 18.12.2001 № 174-ФЗ;

– О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации : Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ;

– Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ;

– О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании : Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1;

– Об утверждении порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы : приказ Минздрава Российской Федерации от 12.01.2017 № 3н.

На экспертизы, проводимые экспертами, не являющимися сотрудниками государственного СПЭУ (отделения), не распространяется действие Закона о судебно-экспертной деятельности, за исключением положений этого закона, которые регламентируют основные принципы судебно-экспертной деятельности, права и обязанности эксперта и устанавливают требования, предъявляемые к экспертному заключению.

При производстве СПЭ в отношении подозреваемого, обвиняемого или подсудимого их согласия не требуется.

Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка судебно-следственными органами

Заключение эксперта – это представленные в письменном виде содержание исследования и выводы по вопросам, поставленным перед экспертом лицом, ведущим производство по уголовному или гражданскому делу, или сторонами (ст. 80 УПК РФ). При этом под эксперт-

ными вопросами понимаются не только вопросы, поставленные перед экспертами лицом (органом), назначившим экспертизу, но и вопросы, решенные экспертами в порядке экспертной инициативы.

Заключение СПЭК является одним из источников доказательств по уголовному и гражданскому делу. Как и всякое другое доказательство, оно не имеет заранее установленной силы и подлежит оценке дознавателем, следователем, прокурором, судом с точки зрения научной достоверности, доказательного значения, относимости и допустимости, а в совокупности со всеми другими собранными доказательствами – достаточности для разрешения уголовного или гражданского дела. При этом оцениваются достаточность материалов, предоставленных эксперту для исследования, относимость поставленных вопросов к компетенции эксперта, полнота исследования, обоснованность его положениями теории и практики данного вида экспертизы, использование экспертом надежных и эффективных методик, логика экспертного заключения и соответствие сделанных экспертом выводов ходу и результатам исследования, а также соответствие выводов заключения другим доказательствам, собранным по данному делу. В целом проверка и оценка экспертного заключения проводится по общим правилам проверки и оценки судебных доказательств (ст. 87, 88 УПК РФ).

Если в процессе проверки и оценки заключения появляется необходимость выяснить или уточнить какие-либо обстоятельства у самого эксперта, следователь и суд вправе его допросить. При проведении комиссионной СПЭ на допрос обычно вызывается один из членов экспертной комиссии, но в зависимости от обстоятельств допускается и допрос всех экспертов.

В ходе проверки и оценки экспертного заключения следователь (суд) может либо отклонить экспертные выводы или их часть, либо согласиться с выводами экспертов и положить их в основу принимаемого по делу процессуального решения. При отклонении выводов экспертов несогласие должно быть мотивировано в соответствующем процессуальном документе.

Для того чтобы заключение эксперта могло быть оценено лицом или органом, назначившим экспертизу, и было убедительным для других участников процесса, предусмотрена единая форма заключения¹. Форма и принципы составления заключения экспертов изложены в соответствующих методических указаниях.

Материалы, иллюстрирующие заключение эксперта (фотографии, схемы, графики и т.п.), прилагаются к заключению и являются его составной частью.

¹ Статья 25 Закона «О судебно-экспертной деятельности».

В заключении эксперта должны быть указаны (ст. 204 УПК РФ):

- 1) дата, время и место производства судебной экспертизы;
- 2) основания производства судебной экспертизы;
- 3) должностное лицо, назначившее судебную экспертизу;
- 4) сведения об экспертном учреждении, а также фамилия, имя и отчество эксперта, его образование, специальность, стаж работы, ученая степень и (или) ученое звание, занимаемая должность;
- 5) сведения о предупреждении эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;
- 6) вопросы, поставленные перед экспертом;
- 7) объекты исследований и материалы, представленные для производства судебной экспертизы;
- 8) данные о лицах, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;
- 9) содержание и результаты исследований с указанием примененных методик;
- 10) выводы по поставленным перед экспертом вопросам и их обоснование.

Заключение СПЭ состоит из следующих разделов:

- введение;
- сведения о прошлой жизни;
- описание физического, неврологического и психического состояния;
- мотивировочная часть;
- заключительная часть.

Во введении приводятся формальные данные об экспертизах, о месте, времени и виде экспертизы, об органе, назначившем экспертизу, о вопросах, поставленных на ее разрешение, существо уголовного или гражданского дела и личности испытуемого (подэкспертного).

Во втором разделе акта излагается анамнез жизни и психического расстройства (если оно имеется) с приведением данных, имеющих значение для формулирования выводов. Здесь также приводится описание поведения испытуемого в период совершения инкриминируемого ему деяния со ссылками на источники информации (листы дела, фамилии свидетелей и т.д.). Последнее имеет особое значение, когда речь идет о возможности временного расстройства психической деятельности в период, относящийся к совершенному деянию.

Третий раздел посвящается результатам исследований, полученных при проведении экспертизы. Здесь также излагаются данные, имеющие значение для экспертных выводов, но особое внимание уделяется описанию психического состояния лица. В этом разделе приводятся не оценочные понятия, а фактические данные, на основании

которых можно сделать определенные выводы о состоянии испытуемого.

Мотивировочная и заключительная части рассматриваются как единое целое. Действительно, речь идет о выводах или ответах на поставленные вопросы (заключительная часть) и об их обосновании со ссылкой на фактические данные, приведенные в предшествующих частях акта (мотивировочная часть). Обычно делается вывод о наличии или отсутствии у испытуемого психического расстройства, квалификации последнего, затем дается заключение о выраженности этого расстройства и его влиянии на способность лица выполнять ту или иную социальную юридически значимую функцию (быть вменяемым, дееспособным свидетелем и т.п.). Эти выводы обосновываются данными анамнеза и собственных обследований. В дальнейшем следуют ответы на другие более частные вопросы, поставленные перед экспертами, а также их обоснование. Выводы должны быть максимально четкими и определенными. Допускаются предположительные ответы лишь на некоторые специальные вопросы, не имеющие определяющего значения для оценки способности к выполнению юридически значимой функции, по поводу которой назначена экспертиза.

Оценив экспертное заключение, следователь (суд) либо признает его выводы полными и достоверными, а установленные экспертами доказательства кладет в основу принимаемых решений, либо назначает новую экспертизу. В случаях, когда в деле имеется несколько экспертных заключений, содержащих различные выводы по одним и тем же вопросам, следователю, прокурору, суду следует дать оценку каждому из них в совокупности с другими доказательствами.

Суд в приговоре или ином решении должен привести мотивы, по которым он согласился с одним из заключений и отверг другие (п. 6 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 29.04.1996 № 1 «О судебном приговоре»).

ГЛАВА 5. НЕВМЕНЯЕМОСТЬ И ОГРАНИЧЕННАЯ ВМЕНЯЕМОСТЬ ЛИЦА

5.1. Невменяемость

В российском законодательстве так называемая формула невменяемости изложена в ст. 21 УК РФ: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики».

Под действием или бездействием, о которых идет речь в данной статье, понимается общественно опасное деяние, предусмотренное одной или несколькими статьями Особенной части УК.

В уголовном праве невменяемые лица рассматриваются с нескольких сторон:

- являясь носителями общественно опасного поведения, они в то же время представляют собой субъекта общественно опасного поведения, предусмотренного уголовным законом;
- являются субъектом самостоятельного вида уголовно-правовых отношений, порождаемых общественно опасными деяниями невменяемого;
- являются объектом профилактики совершения повторных общественно опасных деяний различными средствами, в том числе и уголовно-правовыми, и к ним могут быть применены в соответствии с их психическим состоянием и характером совершенного ими общественно опасного деяния специальные принудительные меры медицинского характера;
- являются объектом правовой регламентации и в отношении них должен устанавливаться правовой статус, правосохранность, правовой порядок установления невменяемости и применения профилактических мер с использованием медицинских, социальных и уголовно-правовых методов.

Не менее важным является криминалистический аспект проблемы невменяемости, который включает разработку современных методик раскрытия уголовных дел об общественно опасных деяниях невменяемых, совершенствование тактики проведения отдельных следственных действий с невменяемыми и т.д.

В так называемой формуле невменяемости современное уголовное право выделяет медицинский и юридический критерии.

Медицинский (биологический) критерий уточняет, что невменяемым может быть признано только лицо, имеющее психическое рас-

стройство. В связи с этим данный критерий иногда называют также психиатрическим, однако в юридической литературе этот термин не получил распространения. Медицинский критерий невменяемости в ст. 21 УК РФ представляет собой обобщенный перечень психических расстройств, повлекших нарушение нормальной психической деятельности, обуславливающее неадекватное поведение больного, которое может относиться к одной из перечисленных в уголовном законе категорий.

Хроническое психическое расстройство – группа психических расстройств, которые характеризуются длительностью течения и тенденцией к прогрессированию с постепенным нарастанием и усложнением болезненного процесса, утяжелением вызванных болезнью нарушений психики. Эти психические расстройства трудно поддаются лечению и протекают непрерывно или приступообразно. К ним относятся: шизофрения, сифилис мозга, старческие и предстарческие психозы, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство, прогрессивный паралич, некоторые органические заболевания центральной нервной системы и другие психические болезни. В судебно-психиатрической практике хронические психические расстройства наиболее часто выступают в качестве медицинского критерия невменяемости. Это касается в первую очередь шизофрении.

Развитие психиатрической науки и практики, разработка новых и эффективных методов лечения психически больных существенно изменили течение и прогноз многих хронических психических заболеваний. Все чаще наряду со злокачественными формами шизофрении стали наблюдаться одноприступные формы болезни с развитием устойчивой и многолетней хорошего качества ремиссии, что не позволяет относить эти случаи шизофрении к категории хронических психических расстройств. Таким образом, понятие хронического психического расстройства, сформулированное в УК РФ, не совпадает с современными медицинскими представлениями.

Временное психическое расстройство – это такое расстройство психики, которое быстро развивается, длится непродолжительное время и заканчивается полным выздоровлением. Его продолжительность варьируется в очень широких пределах – от нескольких часов и даже минут (при исключительных состояниях) до нескольких недель, месяцев, иногда лет. Основной признак временного психического расстройства – не его продолжительность, а принципиальная возможность полного выздоровления, которая при хронических психических болезнях практически отсутствует. К данной группе психических расстройств относятся острые психозы при общих инфекционных заболеваниях (например, при тифе), реактивные состояния (временные расстройства психической деятельности под влиянием тяжелых душев-

ных потрясений) и так называемые исключительные состояния, вызывающие помрачение сознания на короткий срок (патологическое опьянение, сумеречное состояние сознания, патологические просоночные состояния, патологический аффект и др.). Временные расстройства психики в судебно-психиатрической практике встречаются реже, чем хронические. Особенно редко наблюдаются исключительные состояния, среди которых наиболее частым является патологическое опьянение.

Слабоумие объединяет стойкие, необратимые расстройства познавательной деятельности с обеднением психики, поражением интеллекта, памяти, критических способностей, нарушениями личности. Снижение мыслительной способности при слабоумии является настолько существенным, что лицо не может осознавать характер своих действий, их социальную суть. Различают врожденную умственную отсталость и приобретенное (атеросклеротическое, старческая деменция) слабоумие. Выделяют три степени врожденного слабоумия: легкая (дебильность), средняя (имбецильность) и тяжелая (идиотия). Как правило, невменяемыми признают лиц, страдающих средней и тяжелой степенью умственной отсталости.

К иным болезненным состояниям психики относят такие болезненные явления, которые не являются психическими заболеваниями в медицинском смысле, но сопровождаются существенными нарушениями психики (например, опухоли и травмы головного мозга, расстройства зрелой личности).

Современная формулировка медицинского критерия невменяемости охватывает, по существу, все варианты психической патологии. Любое из перечисленных заболеваний психики в отдельности может составить медицинский критерий невменяемости¹. Согласно разъяснениям Верховного Суда Российской Федерации «любое болезненное состояние психики, в силу которого лицо не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, исключает уголовную ответственность такого лица».

Однако наличие психического расстройства в любом варианте из числа названных не имеет самостоятельного значения и не является достаточным для вывода о невменяемости субъекта, поскольку не всякий страдающий психическим расстройством является невменяемым. Расстройство психической деятельности может быть различным по своей тяжести. При многих психических заболеваниях у человека сохраняются достаточный уровень когнитивных и мнестических функций, прогностические и критические способности. Невменяемость лица возможна только при наличии психического расстройства

¹ Уголовное право России : учебник: в 2 т. Т. 2: Особенная часть / под ред. А.Н. Игнатова, Ю.А. Красикова. М., 2003. С. 41.

определенной степени выраженности лишь в случае, когда имеющееся у лица болезненное расстройство психики является причинным фактором невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

Не менее важно, что для признания лица невменяемым необходимо установить, что лицо не способно осознавать и руководить именно теми общественно опасными деяниями, которые оно совершило и которые ему вменены в установленном процессуальном порядке. При этом необходимо, чтобы лицо не осознавало не только фактическую сторону деяния, но и его социальную значимость, общественно опасный характер. Поскольку данный вывод имеет юридическое значение, то этот критерий называют юридическим (реже – психологическим).

Юридический критерий формулы невменяемости означает неспособность лица сформировать необходимое когнитивное и волевое отношение к совершаемому противоправному деянию. В соответствии с ч. 1 ст. 21 УК РФ юридический критерий невменяемости определяется двумя признаками – интеллектуальным и волевым, причем для признания лица невменяемым достаточным является наличие хотя бы одного из них¹.

Интеллектуальный признак означает невозможность (неспособность) лица осознавать опасность своего действия (бездействия). Интеллектуальный признак юридического критерия невменяемости может быть обусловлен как отсутствием у лица понимания содержания фактической стороны своих действий (например, при слабоумии или при органическом психическом расстройстве, когда вследствие когнитивных нарушений и интеллектуальной слабости у лица грубо нарушено осознание своих действий и их последствий), так и непониманием социального смысла своих противоправных действий, т.е. нарушением понимания их общественно опасного характера.

Волевой признак психологического критерия невменяемости означает неспособность лица руководить своими действиями. Это самостоятельный признак, который и при отсутствии интеллектуального признака может свидетельствовать о наличии невменяемости.

Для вынесения решения о невменяемости лица не обязательно наличие и интеллектуального, и волевого признака психологического критерия, достаточным считается наличие хотя бы одного из них.

Современная психиатрия считает, что не существует изолированного поражения психических функций. Это не исключает того, что

¹ Спасенников Б. Вменяемость как категория уголовного права // Уголовное право. 2003. № 2. С. 76; Уголовное право России : учебник для вузов. Части Общая и Особенная / под ред. А.И. Рарога. М., 2004. С. 118-119.

расстройство психики может затрагивать преимущественно ту или иную ее сторону. Практика свидетельствует о том, что в некоторых случаях при определенном состоянии психики лицо при совершении общественно опасного деяния может сохранять формальную оценку событий и их понимание при отсутствии при этом способности руководить своими действиями. Поэтому психологическим критерием невменяемости являются как неспособность лица осознавать значение своих действий (интеллектуальный критерий), так и невозможность руководить ими (волевой критерий). Оба признака в ст. 21 УК РФ разделены союзом «либо», чем подчеркивается их самостоятельное значение. В таких случаях наличие психологического критерия невменяемости констатируется только на основании одного волевого признака. С другой стороны, неспособность осознавать свои действия (интеллектуальный признак) нередко сопровождается неспособностью руководить этими действиями (психологический критерий невменяемости). Расстройство волевой функции может быть следствием или сочетаться с интеллектуальными нарушениями (например, неосознание фактического смысла совершаемого противоправного деяния определяет и невозможность руководить своими действиями). Волевой признак может иметь и самостоятельное значение, например в случаях, когда лицо при сохранных когнитивных функциях способно осознавать уголовную противоправность совершаемого деяния, но в результате расстройства волевой функции (например, при расстройстве зрелой личности) не может воздержаться от их совершения.

Лицо признается невменяемым, если указанные нарушения интеллекта и воли обусловлены болезненным состоянием психики. При этом не требуется, чтобы само общественно опасное деяние, в отношении которого лицо признается невменяемым, находилось в прямой причинной зависимости от психического заболевания. Таким образом, лишь единство двух критериев позволяет говорить о невменяемости. Отсутствует один – следовательно, субъект вменяем.

5.2. Ограниченная вменяемость

В Российской Федерации вопрос об уголовной ответственности лиц с психическими аномалиями, не исключающими вменяемости, был впервые урегулирован в ст. 22 УК РФ.

«Статья 22. Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости.

1. Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности.

2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера».

Из положений ст. 22 УК РФ вытекает следующее:

во-первых, в законе не используются термины «уменьшенная вменяемость» или «ограниченная вменяемость» и, значит, не признается промежуточное состояние между вменяемостью и невменяемостью;

во-вторых, признанное вменяемым лицо, которое во время совершения преступления не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности;

в-третьих, наличие у виновного психических аномалий, не исключающих вменяемости, учитывается судом при назначении наказания;

в-четвертых, психическое расстройство, не исключающее вменяемости, может служить основанием для применения принудительных мер медицинского характера.

Такой подход вполне рационален. Психические расстройства, ограничивающие способность субъекта преступления оценивать свои действия и руководить ими, должны учитываться при назначении уголовного наказания.

Однако в судебной практике по применению ст. 22 УК РФ возникало много споров при толковании ее ч. 1 и 2, что приводило, по крайней мере на первоначальных этапах, к тому, что суды испытывали затруднения при принятии решений по данному вопросу¹.

Под психическим расстройством, не исключающим вменяемости, одни авторы предлагали понимать только психические аномалии, аналогичные перечисленным в ст. 21 УК РФ². Но большинство врачей-психиатров и юристов психические расстройства в рамках ч. 1 ст. 22 УК РФ рассматривают более широко и относят к ним психические аномалии гораздо более широкого диапазона с включением невротических расстройств, расстройств личности, акцентуаций характера и т.д.³

¹ Аргунова Ю. Применение нормы об ограниченной вменяемости // Российская юстиция. 1999. № 7. С. 42.

² Цымбал Е. Ограниченная вменяемость: дискуссионные вопросы теории и правоприменительной практики // Уголовное право. 2002. № 1. С. 58.

³ Иванов Н., Брыка И. Ограниченная вменяемость // Российская юстиция. 1998. № 10; Ограниченная вменяемость / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. 3-е изд., перераб. и доп. М., 2008.

Определенные затруднения вызывает толкование компонента юридического критерия ст. 22 УК РФ «не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». Накопление клинического опыта позволило наполнить эту фразу следующим конкретным пониманием:

- под фактическим характером следует понимать недостаточную адекватность (правильность, реалистичность) восприятия реального, объективного культурного значения своих действий, ограниченность отражения с технологических и нормативных сторон, в том числе неполную осмысленность с позиций морали и нравственности:

- под общественной опасностью имеется в виду недостаточная адекватность (правильность, реалистичность) восприятия субъектом преступления реального, объективного юридического значения своих действий, что отражает дефицит их смысловой и нормативной оценки, ограниченность прогноза их негативных социальных последствий для себя и общества в ситуации выбора, при формировании и осуществлении преступного намерения (умысла);

- под словами «руководить своими действиями» имеется в виду недостаточная осмысленность и адекватность выбора способов и средств целедостижения, ограниченность контроля при их реализации, а также дефицитарность регулирующих нормативных оценок, недоучет ситуации, использование несоответствующих корректирующих воздействий¹.

Формулировка ч. 2 ст. 22 УК РФ вызывала много дискуссий и разночтений, поскольку она по поводу последствий ее применения ограничивается чрезвычайно общей фразой «психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания», но при этом не оговаривается форма такого учета. В связи с этим нередко считается, что такой учет может происходить только в сторону смягчения наказания лицам с психическими аномалиями. Это не совсем верно, поскольку отсутствие вердикта суда о смягчении наказания не является признаком того, что суд это обстоятельство не учитывал.

По-видимому, не случайно среди перечисленных в ст. 61 УК РФ смягчающих обстоятельств наличие психических аномалий не упомянуто. Правда, психические расстройства, не исключающие вменяемости, не перечислены законодателем и среди обстоятельств, отягчающих вину (ст. 63 УК РФ). Очевидно, что наличие психических расстройств характеризует личность виновного, его общественную опасность, что должно учитываться при назначении наказания в силу ч. 3

¹ Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза : науч-практ. руководство. М., 1999.

ст. 60 УК РФ. При оценке судом конкретного деяния необходимо учитывать, имела ли причинная связь между этими психическими аномалиями и совершенным правонарушением. И только в тех случаях, когда психические аномалии являлись если не решающим, то по крайней мере важным звеном в общей системе причинных связей, приведших к совершению правонарушения и наступлению преступного результата, наказание виновному может быть смягчено¹.

Учет не может основываться исключительно на гуманизме (при физических аномалиях тяжелое соматическое заболевание, увечье, нуждаемость в уходе и т.д.). Наличие у лица определенных нарушений интеллектуальных и эмоциональных функций может сказаться на мотивации его противоправного поведения и на сохранности его возможности в той или иной мере осознавать свое противоправное поведение и руководить им. Учет имеющегося у субъекта преступления психического расстройства всегда должен соотноситься с этиологией психического расстройства. Если психическое расстройство является результатом какой-либо антиобщественной привычки или аморальности поведения лица (злоупотребление алкоголем, наркотиками и т.п.) или если общественно опасное деяние было совершено в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, то все смягчающие вину последствия к этому лицу отношения не имеют. Нельзя ставить вопрос о смягчении наказания уменьшено вменяемому лицу, если вследствие того или иного психического расстройства преступление приняло особенно жестокий или дерзкий характер.

В обобщенном виде норма ст. 22 УК РФ характеризуется следующими признаками:

- является категорией уголовного права, характеризующей интеллектуальное и волевое отношение лиц с психическими аномалиями к совершенному преступлению;
- относится только ко времени (моменту) совершения лицом преступления и самостоятельно никаких правовых или иных последствий после отбывания наказания не несет;
- является составной частью вменяемости, а не промежуточной категорией между вменяемостью и невменяемостью;
- как составная часть вменяемости служит предпосылкой уголовной ответственности лиц с психическими аномалиями, совершивших преступление;
- учитывается судом при назначении наказания в совокупности с другими данными и обстоятельствами, характеризующими преступление и личность виновного лица;

¹ Наумов А.В. Российское уголовное право. Общая часть : курс лекций. М., 1997. С. 195-196.

- никогда и ни при каких условиях не может быть истолкована как обстоятельство, отягчающее вину;
- может служить основанием для определения режима содержания осужденных к лишению свободы при назначении им принудительных мер медицинского характера, сочетаемых с уголовным наказанием.

Таким образом, формулировку ст. 22 УК РФ «учитывается судом» следует понимать именно как учет данного факта, а не как обязательные и какие-либо конкретные последствия этого учета. Учет судом какого-либо обстоятельства не обязательно означает смягчение или усиление наказания (индивидуализация наказания «по вертикали»), но и выбор наиболее рациональной меры уголовно-правового воздействия среди более или менее равных (индивидуализация «по горизонтали»).

В соответствии со ст. 60 УК РФ лицу, признанному виновным в совершении преступления, назначается справедливое наказание с учетом характера и степени общественной опасности преступления и личности виновного, в том числе и обстоятельств, смягчающих и отягчающих наказание, а также влияния назначенного наказания на исправление осужденного.

Институт ограниченной вменяемости – новелла УК РФ. Можно предположить, что дальнейшее развитие уголовного законодательства приведет к созданию специальных юридических последствий, ориентированных на лиц с психическими и физическими аномалиями. Пока же суд руководствуется общим перечнем видов наказаний. Индивидуальный подход при этом может выражаться только в мере наказания.

Единственное существенное отличие – это возможность применения к лицам с психическими аномалиями наряду с наказанием принудительных мер медицинского характера. Содержание этих мер раскрывается в ч. 2 ст. 99 УК РФ: «Лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра». Наказание указанные лица отбывают в лечебных исправительных учреждениях (ч. 8 ст. 74 УИК РФ).

ГЛАВА 6. УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ И СПОСОБНОСТЬ К ДАЧЕ ПОКАЗАНИЙ ОБВИНЯЕМЫХ С ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Все участники уголовного судопроизводства в соответствии с нормами уголовно-процессуального закона наделены значительным и разнообразным объемом прав и обязанностей, которые обеспечивают, с одной стороны, их активное участие в процессе, а с другой – необходимые процессуальные гарантии для защиты их прав и интересов.

Статьей 47 УПК РФ обвиняемый наделяется широкими правами по ознакомлению со всеми материалами уголовного дела, которое ему инкриминируется, заявлению по этому делу ходатайств и отводов, представлению доказательств бесплатному пользованию помощью защитника и переводчика, подаче жалоб, участию с разрешения следователя в следственных действиях, участию в судебном заседании и обжалованию приговора, участию в рассмотрении вопросов, связанных с исполнением приговора. Обвиняемые и подозреваемые также вправе знакомиться с постановлением о назначении судебной экспертизы, заявлять отвод эксперту, ходатайствовать о проведении судебной экспертизы в другом экспертном учреждении, знакомиться с заключением экспертов. Они вправе ходатайствовать о привлечении в качестве экспертов указанных ими лиц и проведении судебной экспертизы в конкретном учреждении, а также о внесении в постановление о назначении судебной экспертизы дополнительных вопросов эксперту, имеют право присутствовать с разрешения следователя при проведении судебной экспертизы, давать объяснения эксперту (ст. 198 УПК РФ).

Спектр предоставленных законом обвиняемому прав подразумевает, что он обладает достаточным ресурсом интеллектуальных и волевых функций, которые обеспечивают его способность к осмыслению всей совокупности материалов, имеющих отношение к инкриминируемому уголовному делу, и всех предоставляемых ему законом возможностей для защиты и эффективной деятельности по ее реализации. Достаточный для этого уровень сохранности психических функций в научно-практической деятельности нередко связывают с понятием уголовно-процессуальной дееспособности.

Несмотря на то что такой формулировки в уголовно-процессуальном законодательстве не содержится, в п. 3 ст. 196 УПК РФ приведено положение, которое по своему смыслу означает отсутствие уголовно-процессуальной дееспособности: когда «психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого... вызывает сомнение в его... способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве».

Исходя из этого было предложено много вариантов формул уголовно-процессуальной дееспособности, общий смысл которых сво-

дится к следующему: уголовно-процессуальная дееспособность представляет собой признанную уголовно-процессуальным правом психическую и физическую способность лица к самостоятельному совершению процессуальных действий или участию в них, сознательно используя свои процессуальные права и процессуальные обязанности.

Применительно к лицу с психическими расстройствами уголовно-процессуальная дееспособность означает, что субъект, обнаруживающий психические расстройства, для обеспечения своей уголовно-процессуальной дееспособности должен обладать возможностью использовать весь диапазон предоставляемых ему процессуальных прав и обязанностей, смысл которых сводится к гарантиям его активного участия в процессе.

Формулировка нормы ограниченной процессуальной дееспособности допустима в связи с тем, что правовые последствия ее применения установлены в ст. 51 УПК РФ, которая указывает, что «участие защитника в уголовном судопроизводстве обязательно, если: ...подозреваемый, обвиняемый в силу психических или физических недостатков не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту...». При этом под психическими недостатками понимают такие психические расстройства, которые существенно ограничивают способность субъекта уголовного процесса понимать, запоминать и воспроизводить информацию, необходимую для осуществления права на самостоятельную защиту либо самостоятельно использовать предоставленные законом средства защиты. Наиболее часто этим требованиям отвечают подэкспертные с психическим инфантилизмом, ремиссией шизофренического процесса, расстройством личности (психопатией), психогенными ситуационным утяжелением и углублением психической дефицитарности в судебно-следственной ситуации и т.д.

Эти психические недостатки по своим клиническим характеристикам и юридически-релевантным признакам близки к психическим расстройствам, не исключающим вменяемости (ст. 22 УК). Но в отличие от психических расстройств, не исключающих вменяемости, которые юридически релевантны только к периоду совершения инкриминируемого противоправного деяния, психические недостатки в соответствии со ст. 51 УПК РФ имеют отношение ко времени производства по делу.

Об уголовно-процессуальной недееспособности есть основания говорить, когда имеющееся у субъекта уголовного преследования психическое расстройство проявляется такими нарушениями в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, что мешает ему принимать активное участие в процессуальной деятельности, самостоятельно осуществлять свои процессуальные права и обязанности и тем самым защищать свои законные интересы.

Если положения ст. 21 и 22 УК РФ имеют отношение к психическому состоянию лица в период совершения инкриминируемого ему деяния, вопрос об уголовно-процессуальной дееспособности и уголовно-процессуальной недееспособности к ситуации правонарушения отношения не имеет и рассматривается только в ситуациях предварительного следствия и судебного разбирательства.

Поскольку уголовно-процессуальная недееспособность субъекта процесса с психическими расстройствами определяется не только фактом наличия психического расстройства, но и его влиянием на способность субъекта процесса к самостоятельной и осознанной процессуальной активности, ее содержание раскрывается через два основных критерия.

- 1) медицинский – в форме психического расстройства;
- 2) юридический – в форме интеллектуального (неспособность понимать характер и значение своего процессуального положения) и волевого (неспособность самостоятельно осуществлять свои процессуальные права и обязанности) признаков.

Интеллектуальный признак юридического критерия уголовно-процессуальной дееспособности включает:

- а) понимание внешней, фактической стороны юридически значимых событий;
- б) понимание их внутреннего содержания;
- в) понимание социального значения юридически значимых событий;
- г) понимание социального значения юридически значимых событий на уровне личностного смысла.

В соответствии с таким целостным пониманием интеллектуального признака юридического критерия считается, что уголовно-процессуальная дееспособность не может быть обеспечена только сохранностью осмысленного восприятия (понимания) внешней стороны юридически значимых событий, которые происходят на предварительном следствии и в судебном разбирательстве. Это может оказаться достаточным для констатации возможности давать показания, но абсолютно недостаточным для уголовно-процессуальной дееспособности, которая требует от субъекта процесса осознавать нормативно-ценностный аспект юридически значимых обстоятельств, а также тех правовых норм, которыми регулируется сам процесс судебно-следственного разбирательства. Поэтому нарушение вследствие психического расстройства способности понимания социального значения и личностного смысла процессуальных прав и обязанностей свидетельствует о нарушении уголовно-процессуальной дееспособности¹.

¹ Медицинская и судебная психология : курс лекций / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. М., 2005. С. 506-527.

В некоторых случаях выделяют также мнестический критерий уголовно-процессуальной недееспособности, который означает, что субъект не может самостоятельно осуществлять свои процессуальные права и обязанности, если он при сохранной способности к правовому восприятию и осмыслению юридически значимых событий и при отсутствии сколько-нибудь выраженных волевых расстройств имеет такие нарушения памяти, которые определяют возможность запоминания обстоятельств правонарушения и событий, относящихся к предыдущему периоду предварительного следствия или судебного разбирательства¹.

В ситуации длительного предварительного следствия и судебного разбирательства, продолжительность которых нередко превышает несколько месяцев, а в редких случаях и лет, психическое состояние лица может меняться как в сторону его улучшения или даже полного выздоровления, так и в сторону ухудшения при прогрессивном развитии психического заболевания. Соответственно динамике психического расстройства меняется и его влияние на осознанную уголовно-процессуальную активность субъекта процесса. В связи с этим ретроспективная (с момента начала следствия по делу), презентальная (в период экспертного исследования) и прогностическая оценки психического состояния субъекта процесса и его уголовно-процессуальная дееспособность могут быть различными.

При установлении психических недостатков, которые препятствуют обвиняемому и подозреваемому осуществлять свое право на защиту, возникают юридические последствия:

- 1) обязательность предварительного следствия независимо от характера дела (ч. 2 ст. 150 УПК РФ);
- 2) обязательное участие защитника в судебном разбирательстве (ст. 49 УПК РФ), при этом «отказ от защитника не обязателен для дознавателя, следователя, прокурора и суда» (ст. 52 УПК РФ).

Частным вариантом при установлении уголовно-процессуальной дееспособности является ретроспективная оценка психического состояния лица в период уже данных показаний по делу в качестве обвиняемого или подозреваемого. При этом презентальная судебно-психиатрическая оценка может совпадать с ретроспективной, а может и не совпадать, например, когда делается вывод об уголовно-процессуальной дееспособности в настоящее время и ретроспективный вывод об ограничении или даже неспособности самостоятельно отстаивать свои интересы на период дачи показаний в прошлом.

¹ Метелица Ю.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. М., 1990.

Контрольные вопросы к разделу I

1. Что такое невменяемость?
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 судебно-психиатрической 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?

Тестовый контроль знаний

1. При недобровольной госпитализации в психиатрический стационар лицо осматривается:
 - а) главным врачом
 - б) заведующим отделением
 - в) лечащим врачом
 - г) комиссией врачей-психиатров
2. Проводить судебно-психиатрическую экспертизу имеет право:
 - а) психиатр
 - б) невролог
 - в) врач любой специальности
 - г) социальный работник
3. Поводом для назначения судебно-психиатрической экспертизы может быть:
 - а) безмотивность преступления
 - б) расчленение трупа после убийства с целью сокрытия убийства
 - в) неадекватность поведения и речи при проведении следственных действий
 - г) наличие прежних судимостей

4. В каких случаях следователь вправе присутствовать при проведении судебно-психиатрической экспертизы:

- а) на совещании экспертов-психиатров
- б) при производстве экспертизы в кабинете следователя
- в) при проведении судебно-психиатрической экспертизы в экспертном медицинском учреждении при освидетельствовании испытуемого
- г) на любых этапах производства судебно-психиатрической экспертизы

5. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится для того, чтобы суд мог вынести решение в отношении:

- а) виновности либо невиновности лица
- б) правдивости данных показаний свидетеля или потерпевшего
- в) принудительных мер медицинского характера
- г) дееспособности либо недееспособности лица

6. Где могут проводиться амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы:

- а) в медицинских учреждениях
- б) в суде
- в) в следственных изоляторах
- г) в кабинете следователя или лица, производящего дознание

7. Уголовный кодекс предусматривает следующий критерий невменяемости:

- а) юридический
- б) психиатрический
- в) правовой
- г) ювенильный

РАЗДЕЛ II

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

ГЛАВА 7. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ ОБВИНЯЕМЫХ

В уголовном праве проблема общественной опасности психически больных рассматривается в аспекте применения к ним тех или иных мер ограничительного, медицинского, воспитательного и иного воздействия. В связи с этим понятие общественной опасности рассматривается в отношении следующих субъектов уголовного права, имеющих психические расстройства: 1) признанных невменяемыми (ч. 2 ст. 21 УК РФ); 2) признанных вменяемыми с применением ст. 22 УК РФ; 3) освобожденных от отбывания наказания (ст. 81 УК РФ).

Число лиц, признанных в установленном законом порядке невменяемыми, в последние годы увеличилось почти в два раза. Среди противоправных деяний, совершенных невменяемыми лицами, первое место занимают кражи, грабежи, разбойные нападения и хищения, на втором месте – хулиганские действия, на третьем – убийства и покушения на убийство, на четвертом – причинение тяжких телесных повреждений, на пятом – изнасилования, угоны автомобилей и иные деяния, предусмотренные Особенной частью УК РФ.

Общественная опасность преступника и общественная опасность невменяемого лица различны по природе, истокам возникновения, сущности и содержанию.

Общественная опасность преступника определяется его сознательным отрицательным отношением к интересам общества, иначе – его антиобщественными установками и дефектами правового сознания (в форме умысла или неосторожности).

Признанные невменяемыми лица не являются преступниками, а совершенные ими противоправные действия не относятся к преступлениям. Социальная сущность невменяемого лица состоит в том, что оно является носителем общественной опасности, а совершенное им общественно опасное деяние причиняет серьезный вред обществу и его интересам. Необходимость охраны общественных отношений от таких деяний ставит перед обществом, государством и правовой

системой задачу нейтрализации и предупреждения общественно опасных деяний невменяемых лиц.

Невменяемое лицо, с одной стороны, является субъектом самостоятельного вида уголовно-правового отношения с государством, а с другой – объектом профилактики средствами уголовного законодательства, т.е. лицом, к которому в связи с совершением им общественно опасного деяния могут быть применены специальные уголовно-правовые меры, а именно принудительные меры медицинского характера различного типа.

В отличие от преступника, общественная опасность невменяемого по своему содержанию и характеру определяется не отрицательным (виновным) отношением к интересам общества, поставленным под охрану уголовного закона. Она обусловлена как объективным происхождением и характером совершаемого (возможностью его совершения) общественно опасного деяния, предусмотренного УК РФ, так и рядом других факторов:

- клинической формы психического расстройства и стадии его развития;
- глубины и стойкости психопатологических нарушений;
- характера изменения структуры личности психически больного лица;
- содержания имеющихся психопатологических расстройств;
- степени сохранности социально-психологических установок;
- особенностей реальной социально-бытовой ситуации.

Поэтому при определении общественной опасности невменяемого лица необходимо учитывать не только клинические особенности имеющегося у него психического расстройства, но и социально-психологический портрет его личности, особенности его социального маршрута, систему моральных ценностей, мотивы поведения и т.д.

В зависимости от характера и степени общественной опасности законодатель указывает на три категории психически больных лиц:

- 1) особо опасные для общества;
- 2) опасные для общества;
- 3) не представляющие опасности для общества.

Степень общественной опасности психически больных лиц во многом определяется тяжестью вреда и вероятностью его причинения вновь.

Согласно формулировкам, имеющимся в законе, понятие общественной опасности психически больных является комплексным и ее установление требует изучения и интегративного анализа весьма разнородных факторов: клинико-психопатологических, социально-психологических, уголовно-правовых. Для определения понятия «возможность причинения существенного вреда» необходимо:

во-первых, установить вероятность (возможность) совершения психически больным действий, опасных для него или для других;

во-вторых, доказать, что эта вероятность определяется психическим расстройством, связана с ним, а не с какими-либо иными факторами.

При оценке данного понятия отечественная судебная психиатрия исходит из понятия психопатологических механизмов совершения общественно опасного деяния, под которыми понимается стойкая индивидуальная особенность, обычно сохраняющаяся у больного при повторных общественно опасных деяниях. В соответствии с таким подходом общественная опасность лица определяется исходя из его психического состояния с учетом характера совершенного общественно опасного деяния. Исходными для вывода об общественной опасности лица являются клинические данные с синдромальной квалификацией психического состояния, при этом к клинко-психопатологическим факторам риска общественно опасного деяния относят следующие формы психической патологии:

1) психопатоподобные синдромы с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений;

2) бредовые идеи определенного содержания (прежде всего ревности, преследования, воздействия), особенно направленные против конкретных лиц или организаций и сопровождающиеся аффективной напряженностью;

3) периодические и пароксизмальные психотические состояния, сопровождающиеся агрессивностью;

4) депрессивные состояния с бредом самообвинения (риск совершения общественно опасного деяния по механизму «расширенного самоубийства»);

5) маниакальные и гипоманиакальные состояния с общей расторможенностью и псевдопредприимчивостью.

Даже с самым высоким агрессивным потенциалом психопатологические расстройства (синдромы) реализуются в конкретных условиях, значение которых в противоправном патоморфозе психических расстройств огромно. Поэтому при различных психопатологических состояниях риск совершения общественно опасного деяния увеличивается при наличии следующих социальных обстоятельств:

1) социальная дезадаптация психически больного лица: отсутствие работы и трудовой занятости, низкая материальная обеспеченность, жилищно-бытовая неустроенность, семейное неблагополучие, асоциальное окружение;

2) склонность к злоупотреблению алкоголем и иными психоактивными веществами;

3) тенденция к повторному совершению общественно опасного деяния;

4) нарушение больничного режима при прошлых госпитализациях в психиатрические больницы.

Общественная опасность лица с психическими расстройствами является категорией динамической. Поскольку она определяется целым комплексом социально-психологических, клинических и ситуационных факторов, при их изменении может меняться и характер общественной опасности, в сторону как ее увеличения, так и уменьшения с возможным полным отпадением. В связи с динамической сущностью общественной опасности психически больного лица нормы уголовного и уголовно-процессуального права связывают с особенностями общественной опасности невменяемого различные правовые последствия (ст. 102 УК РФ):

1) возможность назначения, изменения или отмены судом принудительных мер медицинского характера;

2) возможность установления над ним по решению суда соответствующего медицинского контроля в целях предупреждения совершения им повторных общественно опасных деяний;

3) неприменение принудительных мер вообще (ст. 102 УК РФ), если это лицо по характеру совершенного общественно опасного деяния и по своему психическому состоянию не представляет опасности для общества и для себя;

4) прекращение уголовного дела в отношении невменяемого при отсутствии оснований для применения принудительных мер медицинского характера.

Таким образом, характер и степень общественной опасности психически больных, ее динамика после совершения общественно опасного деяния определяют и форму социально-правового и медико-профилактического реагирования: применение, изменение или прекращение мер медицинского характера, тип лечебного учреждения, передача на попечение родственникам или опекунам без применения мер медицинского характера, но при обязательном наблюдении за невменяемыми лицами.

Вопрос об общественной опасности лиц с психическими расстройствами является исключительно правовым и его решение – прерогатива суда. Суды выносят решение по данному вопросу, руководствуясь требованиями ст. 100 и 101 УК РФ. Решение данного вопроса не входит в предмет исследования СПЭ. Вывод суда об общественной опасности лица с психическим расстройством, о ее характере и степени должен быть ясно и четко изложен в определении суда по данному делу.

При определении особой (высокой, повышенной, значительной и т.д.) общественной опасности психически больных лиц суды должны ссылаться на следующие фактические обстоятельства рассматриваемого уголовного дела в их совокупности:

1) характер и тяжесть совершенных общественно опасных деяний, которые по уголовно-правовой квалификации соответствуют ст. 105, 111, 167, ч. 2 ст. 213 УК;

2) клиника и динамика имеющегося у лица психического расстройства;

3) данные о личности психически больного и анти- или асоциальный вектор его социального маршрута (наличие в прошлом судимостей, их характер и кратность, нарушения общественного порядка, конфликтный тип взаимоотношений с окружающими и т.д.);

4) обстоятельства, характеризующие конкретную ситуацию, – неблагоприятная социальная микросреда, устойчивые антисоциальные связи и т.д.

Таким образом, вывод суда об общественной опасности лица с психическим расстройством, ее характере и степени выраженности должен быть судами мотивирован, а избранные судом меры медицинского характера должны быть обоснованными.

ГЛАВА 8. ПОНЯТИЕ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР 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.

Целью принудительных мер медицинского характера является «...излечение лиц... или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний...» (ст. 98 УК РФ). В отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, термин «излечение» следует понимать шире, чем выздоровление, так как меры принудительного лечения включают в себя не только лечение в узком смысле, но и содержание больного, страдающего психическим расстройством, в медицинском учреждении с определенным режимом, соответствующим характеру психического расстройства и степени общественной опасности больного. Полное излечение психического расстройства во многих случаях является недостижимой целью, в то время как улучшение психического состояния больного вполне реально.

Другой не менее важной целью применения принудительных мер медицинского характера является предупреждение совершения повторных общественно опасных деяний (ст. 97-102 УК РФ). Достижение этой цели связано с принудительным характером лечения, которое проводится либо в условиях принудительной изоляции в психиатрическом стационаре, либо под постоянным наблюдением у психиатра в амбулаторных условиях.

В соответствии со своими целями принудительные меры медицинского характера являются одновременно юридическими и медицинскими мерами воздействия:

- по форме организации и целям это меры правовые, поскольку их основания, виды, порядок применения и прекращения регламентируются УК РФ (ст. 97-104), а процедура их назначения – УПК РФ (ст. 433-446) и УИК РФ (ст. 18). Они назначаются, продлеваются, изменяются и прекращаются судом (ч. 1 ст. 97 УК РФ), а надзор за законностью их применения возложен на прокуратуру;

- по своему содержанию принудительные меры медицинского характера являются сугубо медицинскими – все мероприятия по диагностике, лечению и медико-социальной реабилитации лиц, в отноше-

нии которых применяются принудительные меры, проводятся врачами-психиатрами¹.

К лицам, которым назначено принудительное лечение, применяются те же методы диагностики, лечения, медицинской и социальной реабилитации, которые используются в отношении всех пациентов с психическими расстройствами в соответствии с тяжестью их состояния.

Но медицинская составляющая принудительных мер медицинского характера в конечном счете вместе с вынужденным ограничением свободы этих больных фактически служит достижению юридической цели: обеспечению общественной и индивидуальной безопасности.

Оказание специализированной психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, в том числе и в рамках принудительного лечения, гарантируется государством и осуществляется исходя из принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина. В связи с этим, определяя ведущую роль врача при реализации всех лечебных мероприятий в рамках принудительного лечения, суд оставляет за собой правовой контроль над этим процессом. Более того, действующий УК предусматривает ведущую роль судебного контроля не только при назначении принудительных мер медицинского характера, но и в течение всего процесса их осуществления, вплоть до прекращения применения таких принудительных мер (ст. 97-102 УК РФ).

Принудительные меры медицинского характера применяются судом к лицам (ст. 97 УК РФ, ст. 433 УПК РФ):

- совершившим общественно опасные деяния с признаками преступлений, предусмотренных УК РФ, в состоянии невменяемости (ч. 1 ст. 97 УК РФ);
- совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (п. «в» ч. 1 ст. 97 УК РФ);
- у которых после совершения преступления (на стадии предварительного следствия, в ходе судебного разбирательства, до вынесения приговора суда, после вынесения приговора, на этапе исполнения наказания) наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания (п. «б» ч. 1 ст. 97 УК РФ).

К лицам, у которых психическое расстройство развилось после совершенного в состоянии вменяемости преступления, в зависимости от характера развившегося психического расстройства применяются разные юридические последствия:

¹ О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании : Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (в ред. от 21.11.2011).

– при развитии хронического психического расстройства с тенденцией к прогрессированию лицо освобождается от отбывания наказания, направляется на принудительное лечение и уголовное дело в отношении его может быть прекращено судом;

– при развитии временного психического расстройства уголовное дело приостанавливается, решением суда лицо направляется на принудительное лечение до улучшения его психического состояния. После выздоровления этого лица или улучшения его психического состояния и восстановления у него способности осознавать фактический характер и общественную опасность совершенных им противоправных действий уголовное дело возобновляется (ст. 446 УПК РФ) при условии, что не истек срок его давности (ст. 78, 83 УК РФ). Время принудительного лечения в психиатрическом стационаре засчитывается в срок назначенного или возобновляемого наказания из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы (ст. 103 УК РФ).

В зависимости от субъектов применения принудительных мер медицинского характера выделяют две их категории:

1) применяемые к лицам с психическими расстройствами, которые освобождены решением суда от уголовной ответственности либо от отбывания наказания;

2) соединенные с исполнением наказания и применяемые к лицам с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости и не дающими основания для освобождения от отбывания наказания.

Всем перечисленным в УК РФ категориям лиц, страдающих психическими расстройствами, должна быть принудительно оказана специализированная психиатрическая помощь при наличии на то четко установленных законом оснований:

1) совершение таким лицом общественно опасного деяния, предусмотренного Особенной частью уголовного закона (ч. 1 ст. 97 УК РФ);

2) наличие у него психического расстройства, которое связано с возможностью причинения им иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц – так называемая общественная опасность (ч. 2 ст. 97 УК РФ).

Принудительные меры медицинского характера как один из вариантов мер государственного принуждения не относятся к уголовному наказанию, от которого они отличаются:

– по основаниям применения (наличие психического расстройства и необходимость лечения);

– по целям и задачам – в отличие от наказания не преследуют цели восстановления социальной справедливости и исправления лиц, к которым они применяются, а направлены на «...излечение лиц... или

улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний...» (ст. 98 УК РФ);

- по объекту воздействия – наказание применяется к лицам, виновным в совершении преступления, а принудительные меры медицинского характера – к лицам с психическими расстройствами, которые совершили общественно опасное деяние или преступление и по своему психическому состоянию представляют опасность для себя или других лиц;

- по содержанию – представляют собой систему лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, а также систему медицинских мер по уходу и надзору за психически больными, отсутствие отрицательной уголовно-правовой оценки содеянного;

- по юридическим последствиям – лишены карательного характера, не влекут судимости, и лица, к которым они применяются, не могут быть ни амнистированы, ни помилованы.

ГЛАВА 9. ВИДЫ И ВЫБОР ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Действующий УК РФ (ч. 1 ст. 99) предусматривает следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра назначается лицам, которые при наличии общих оснований для назначения принудительных мер медицинского характера по своему психическому состоянию не нуждаются в помещении в психиатрический стационар (ст. 100 УК РФ). Оно применяется к лицам, освобожденным от уголовной ответственности (ст. 21 УК РФ) или отбывания наказания (ст. 81 УК РФ).

Этот вид принудительных мер медицинского характера предполагает регулярные медицинские осмотры лица врачом-психиатром для амбулаторного наблюдения за его психическим состоянием, назначения необходимого лечения и оказания ему социальной помощи (ст. 26 Закона о психиатрической помощи). В этих случаях его проведение возлагается на амбулаторные (диспансерные) медицинские учреждения (отделения) Минздрава РФ.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может применяться как первичная мера принудительного лечения, а может выступать как последний этап принудительного лечения вслед за принудительным лечением в психиатрическом стационаре. В качестве первичной меры оно может применяться к лицам, состояние невменяемости которых было связано с развитием в период совершения общественно опасного деяния временного психического расстройства. Как последний этап принудительного лечения амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра применяется к лицам с хроническими психическими расстройствами после проведенного им принудительного лечения в условиях психиатрического стационара.

Введение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, с одной стороны, направлено на сокращение числа больных в психиатрических стационарах, а с другой – на сохранение социальной адаптации психически больных в период проведения им

амбулаторного лечения в максимально приближенных к привычным условиям жизни.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре назначается судом при наличии общих оснований для назначения принудительных мер медицинского характера (ст. 97 УК РФ), «если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре» (ч. 1 ст. 101 УК РФ).

Все психиатрические больницы, в которых осуществляется принудительное лечение, находятся в ведении органов здравоохранения. Условия содержания больных, оказываемая им медицинская помощь, все необходимые меры социальной реабилитации определяются только психическим состоянием больного и не зависят от вида психиатрической больницы, в которой проводится принудительное лечение. Отличие этих больниц между собой заключается только в режиме охраны.

К психиатрическим стационарам общего типа относятся психиатрические больницы, отделения, клиники, институты и научные центры, которые осуществляют лечение психически больных в общем порядке. Эти психиатрические учреждения не специализируются на принудительном лечении, и режим содержания больных, находящихся на добровольном и принудительном лечении в этих учреждениях, фактически ничем не отличается. Все охранные функции в таких учреждениях возложены на медицинский персонал больницы.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа проводится совместно с психически больными лицами, которые не совершили никаких общественно опасных действий. Но в отношении лиц, находящихся на принудительном лечении, применяются определенные режимные ограничения:

- 1) отсутствие свободного выхода из отделения;
- 2) проведение прогулок только на территории больницы;
- 3) отсутствие домашних отпусков.

В психиатрическом стационаре специализированного типа предусмотрена дополнительная внешняя охрана, осуществляемая обычно силами органов МВД России. Такого рода стационары (отделения) создаются в крупных психиатрических больницах. К числу охранно-наблюдательных мер относятся:

- 1) использование охранной сигнализации;
- 2) организация прогулок в строго изолированных местах;
- 3) контроль за передачами;
- 4) проведение необходимых мероприятий в строгом соответствии с инструкцией.

Наряду с постоянным наблюдением за больными данного психиатрического стационара с ними проводятся лечебно-реабилитационные мероприятия, к ним применяются коррекционно-воспитательные меры, осуществляется их трудовая реабилитация.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре *специализированного типа с интенсивным наблюдением* является наиболее строгой принудительной мерой медицинского характера, так как предусматривает дополнительную систему не только внешней, но и внутренней охраны. Надзор за больными осуществляется внутри отделения, в местах проведения прогулок, культурных мероприятий и занятий трудом. Охрана таких стационаров обычно осуществляется силами органов МВД России.

Психиатрические стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением представляют собой самостоятельные психиатрические больницы федерального подчинения. В Российской Федерации организовано семь таких больниц.

Закон требует, чтобы лица, помещенные в психиатрические стационары специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением, содержались в условиях, исключающих возможность совершения ими повторного общественно опасного деяния.

ГЛАВА 10. ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ, ПРОЦЕДУРА НАЗНАЧЕНИЯ И ОТМЕНА ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Основания для назначения принудительных мер медицинского характера, их продление, изменение, отмена, виды, цели, круг лиц, к которым они применяются, регламентируются уголовным законодательством (ст. 97-104 УК РФ).

Обязательным является судебное разбирательство с участием прокурора и защитника в целях доказывания совершенного общественно опасного деяния и выбора вида принудительных мер (ст. 438 УПК РФ). Лицо, в отношении которого рассматривается дело, может быть вызвано в судебное заседание, если этому не препятствует характер его психического заболевания (ст. 437 УПК РФ). Если суд вопреки решению СПЭ не считает необходимым применять к больному принудительные меры медицинского характера, то он обязан дать извещение о больном в органы здравоохранения для принятия необходимых медицинских мер в обычном порядке.

Закон предусматривает, что «принудительные меры медицинского характера назначаются только в том случае, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо опасностью для себя или других лиц» (ч. 2 ст. 97 УК РФ). Затем особо подчеркивается, что не следует назначать принудительное лечение лицам, не представляющим «опасности по своему психическому состоянию», но в отношении их «суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих лиц или направлении их в психоневрологические учреждения социального обеспечения (ч. 4 ст. 97 УК РФ). Последовательность формулировок ст. 97 УК РФ, по сути, определяет этапы при решении вопроса о возможности и необходимости применения принудительных мер медицинского характера:

– поскольку закон четко указывает, что принудительные меры медицинского характера могут быть применены не ко всем лицам с психическими расстройствами, а только к тем, которые:

1) представляют общественную опасность, сначала необходимо доказать, что лицо с психическим расстройством представляет общественную опасность;

2) после этого в соответствии со ст. 434 УПК РФ необходимо доказать связь психического расстройства лица «с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда»;

3) в случае если психически больное лицо не представляет общественной опасности или отсутствует (не доказана) связь между общественной опасностью и имеющимся у лица психическим расстрой-

ством, суд решает вопрос о необходимости передачи соответствующих (медицинских) материалов по данному лицу органам здравоохранения для решения вопроса о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством РФ о здравоохранении (ч. 4 ст. 97 УК РФ, ч. 2 ст. 443 УПК РФ).

Выбор и назначение конкретного вида принудительной меры медицинского характера входят в компетенцию суда, заключение СПЭ по данному вопросу не является для суда обязательным, оно, как и любое доказательство по делу, подлежит оценке. При принятии данного решения суды не должны связывать себя выводами СПЭ и при дифференцированном подходе к назначению принудительной меры медицинского характера должны исходить из совокупности доказательств по данному делу, а заключение СПЭ является лишь одним из этих доказательств. Решение суда по данному вопросу должно быть мотивированным (ст., 80, 88 УПК РФ). При решении вопроса о выборе меры медицинского характера, также как и при решении вопроса о необходимости назначения принудительного лечения, следую исходить из общего принципа необходимости и достаточности. В соответствии с этим принципом не рекомендуется назначать принудительные меры медицинского характера лицам, риск совершения которыми повторных общественно опасных деяний минимален.

Основным критерием выбора меры медицинского характера в отношении больного является его опасность для себя или других лиц (общественная опасность).

В качестве критерия назначения и отмены принудительного лечения нередко используется «индекс потенциальной общественной опасности» (О), под которым понимается среднее арифметическое между оценкой тяжести ожидаемого от пациента общественно опасного деяния (Т) и оценкой вероятности его совершения в баллах (В).

Степень тяжести общественно опасного деяния определяется согласно тяжести соответствующих преступлений, отраженных в максимальных сроках наказания в УК РФ:

- небольшой тяжести (до трех лет лишения свободы),
- средней тяжести (до пяти лет лишения свободы),
- тяжкие (до 10 лет лишения свободы),
- особо тяжкие (свыше 10 лет лишения свободы).

Вероятность общественно опасного деяния (В) также измеряется в баллах:

- 0 – отсутствие вероятности,
- 1 – малая вероятность,
- 2 – условная вероятность,
- 3 – безусловная вероятность,
- 4 – высокая вероятность.

Индекс потенциальной общественной опасности (О) может иметь девять значений – от 0 до 4. Считается, что оптимальные значения индекса у пациентов с адекватно назначенным видом принудительного лечения лежат в диапазоне от 1 до 1,5 балла.

Характер и степень общественной опасности лиц с психическими расстройствами являются квалификационными критериями. Они положены в основу выделения законодателем различных категорий психически больных и дифференциации в соответствии с этим принудительных мер медицинского характера, которые могут быть к ним применены.

При назначении принудительных мер медицинского характера суд не устанавливает конкретные сроки принудительного лечения. По определению закона, такое лечение необходимо проводить до выздоровления лиц, страдающих психическими расстройствами, либо до такого улучшения их психического состояния, которое исключает совершение ими повторных общественно опасных деяний, предусмотренных УК РФ.

Сроки пребывания психически больного на принудительном лечении зависят от многих факторов, таких как:

- 1) клинические особенности имеющегося у лица психического расстройства;
- 2) наличие противопоказаний для проведения определенных видов лечения (например, индивидуальная непереносимость фармакологических средств, наличие сопутствующих соматических заболеваний и пр.);
- 3) эффективность предпринятых медико-реабилитационных мероприятий.

Вопрос о продлении, изменении и отмене принудительного лечения решается только судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров, которые это принудительное лечение проводят (ч. 1 ст. 102 УК РФ). Исходя из факта невозможности прогнозирования времени, достаточного для излечения или улучшения психического состояния лица, находящегося на принудительном лечении, уголовным законодательством предусмотрено регулярное освидетельствование таких лиц комиссией врачей-психиатров, что позволяет не только решать, но и осуществлять судебный контроль за ходом применения принудительных мер медицинского характера.

Первое продление принудительного лечения должно быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление или пересмотр вида принудительного лечения производится ежегодно (ч. 2 ст. 102 УК РФ), и заключение о необходимости продления принудительных мер медицинского характера

направляется в суд. Федеральным законом от 20 марта 2001 г. № 26-ФЗ¹ в УК РФ внесены изменения, согласно которым освидетельствование может осуществляться и вне зависимости от установленных законом сроков и времени последнего освидетельствования с учетом психического состояния лица по инициативе лечащего врача, по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника через администрацию учреждения, осуществляющего принудительное лечение. Представление в суд заключения комиссии врачей-психиатров осуществляется администрацией психиатрического учреждения, которое проводит принудительное лечение.

Суд продлевает принудительные меры медицинского характера при отсутствии оснований для их прекращения или изменения (ч. 2 ст. 102 УК РФ). Для *изменения* принудительной меры медицинского характера нужно, чтобы не только отпала необходимость в применении ранее назначенной судом меры, но и возникла необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера (ч. 3 ст. 102 УК РФ). Здесь имеются в виду основания для применения различных видов принудительных мер медицинского характера в соответствии со ст. 100 и 101 УК РФ. Практика показывает, что улучшение психического состояния лица позволяет врачам-психиатрам в своем заключении ставить вопрос о переводе этого лица из стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением в стационар специализированного типа и затем в психиатрический стационар общего типа или переход к амбулаторному наблюдению и лечению у психиатра, а при ухудшении психического состояния наоборот.

Основанием для *прекращения* принудительного лечения является либо выздоровление лица, либо такое изменение его психического состояния, при котором отпадает его социальная опасность, а следовательно, и необходимость в применении принудительной меры медицинского характера. После отмены принудительных мер медицинского характера суд может передать органам здравоохранения необходимые материалы для дальнейшего наблюдения и лечения этих лиц или для их направления в учреждения социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством о здравоохранении (ч. 4 ст. 102 УК РФ).

В случае излечения лица, у которого психическое расстройство наступило после совершения преступления, при назначении наказания или возобновлении его исполнения время, в течение которого к лицу применялось принудительное лечение в психиатрическом стационаре,

¹ О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с ратификацией Конвенции о защите прав человека и основных свобод : Федеральный закон от 20.03.2001 № 26-ФЗ.

засчитывался в срок наказания из расчета один день пребывания, а психиатрическом стационаре за один день лишения свободы (ст. 103 УК РФ).

Контрольные вопросы к разделу II

1. Что такое принудительные меры медицинского характера?
2. Какие принудительные меры медицинского характера предусмотрены в ст.99 УК РФ и каков порядок их применения?
3. Каковы 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?
6. Назовите виды принудительного лечения.

Тестовый контроль знаний

1. Кто решает вопрос об общественной опасности лиц с психическими расстройствами?
 - а) комиссия судебных экспертов
 - б) судебный эксперт
 - в) суд
 - г) сторона обвинения
2. Медицинский критерий невменяемости не содержит признаков:
 - а) временного психического расстройства
 - б) хронического психического расстройства
 - в) иного болезненного состояния
 - г) острых расстройств психической деятельности
3. Принудительные меры медицинского характера применяются:
 - а) по постановлению следователя
 - б) по ходатайству адвоката
 - в) по решению экспертов
 - г) по решению суда
4. Выберите формулировку медицинского (биологического) критерия формулы невменяемости:
 - а) невменяемым может быть признано только лицо, имеющее психическое расстройство
 - б) невменяемым может быть любое лицо независимо от наличия у него психического расстройства
 - в) вменяемость является основой уголовной ответственности

г) невменяемым может быть признано только совершеннолетнее лицо

5. В соответствии с ч. 2 ст. 101 УК РФ принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа может быть назначено лицу, которое:

а) по своему психическому состоянию нуждается в лечении зависимости от наркотических средств в условиях психиатрического стационара;

б) по своему психическому состоянию нуждается в лечении и наблюдении в стационарных условиях, но не требует интенсивного наблюдения;

в) по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения; по своему психическому состоянию требует наблюдения в особых условиях;

г) совершило уголовно наказуемое деяние в состоянии «ограниченной вменяемости»

6. В соответствии с ч. 3 ст. 101 УК РФ, принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа, может быть назначено:

а) больному при невозможности его лечения в амбулаторных условиях;

б) больному с выраженными интеллектуальными нарушениями, который совершил уголовно наказуемое деяние в состоянии невменяемости;

в) лицу с психическим расстройством, совершившему тяжкое правонарушение; лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения;

г) психически больному, совершившему правонарушение в состоянии «ограниченной» вменяемости и нуждающемуся в лечении в условиях психиатрического стационара

7. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится для того, чтобы суд мог вынести решение в отношении:

а) виновности либо невиновности лица

б) правдивости данных показаний свидетеля или потерпевшего

в) принудительных мер медицинского характера

г) наличия у лица помимо психического расстройства каких-либо сопутствующих патологий

РАЗДЕЛ III

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

ГЛАВА 11. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

11.1. Шизофрения, ее распространенность, этиология, основные симптомы и типы течения

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

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

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

Средний возраст начала заболевания составляет для мужчин – 15-25 лет, для женщин – 25-35 лет. Шизофрения крайне редко начинается в возрасте ранее 10 лет и позже 50 лет.

Этиология. 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 то же время шизофрению нельзя считать чисто наследственным заболеванием, так как ее конкордантность у однояйцевых близнецов составляет 50%. Вероятнее всего наследуется предрасположенность к шизофренической дезорганизации психики. Иногда она приводит к заболеванию уже в детском или подростковом возрасте, но

чаще – в юношеском или раннем взрослом возрасте, когда начинается самостоятельная жизнь. Лишившись опеки, человек с наследственной предрасположенностью может не вынести жизненных трудностей, разочарований и утрат, и тогда, по мнению ряда ученых, у него развивается шизофрения.

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

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

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

Апатия (эмоциональное снижение). Начинается с нарастающей холодности больных к близким и значимым для них людям, безучастности к событиям, которые непосредственно задевают больного, утраты прежних интересов и увлечений. Проявления эмоций ослабевают и упрощаются. Голос становится монотонным, лишенным эмоциональных модуляций. На одной ноте говорят и о вещах безразличных, и о том, что, казалось бы, должно волновать. Лицо делается гипомимичным, 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): для шизофрении характерны утрата единства психических процессов, рассогласования и дисгармоничность мышления, эмоции, моторики (своеобразное «расщепление» – термин, от которого и произошло название: «шизо» в переводе с греческого означает «расщепляю», «френос» – «разум»). Это ярче всего наблюдается в эмоциональной сфере: больной сообщает, что он испытывает к кому-либо одновременно любовь и ненависть или

интерес и отвращение к чему-либо сразу. Изменяется поведение: больной ласкает и щиплет, целует и кусает одновременно.

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

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

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

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

- в виде «соскальзываний» (нелогичного перехода от одной мысли к другой, чего сам больной не замечает);
- «неологизмы» (придумывание новых вычурных слов, например «тягофон» вместо «телефон»);
- склонность к пустому резонерству, бесплодным рассуждениям (например, «собака виляет хвостом, когда радуется, а кошка, когда сердится – если бы у человека был хвост, то когда бы он им вертел?») или витиеватых выражений, ранее больному не свойственных («пир вокала» – об эстрадном концерте певца).

В начальных стадиях заболевания подобные нарушения мышления вообще могут быть незаметны, их удастся обнаружить только психологическими методами, например, обнаруживаются искажения процесса обобщения, которое осуществляется по несущественным признакам. Из четырех картинок (часы, термометр, весы, очки) больной откладывает в сторону как не относящиеся к одному понятию

(измерительные приборы) не очки, а весы («они большие, в карман не положишь»). Сами больные могут жаловаться на неуправляемый: поток мыслей, или его внезапные перерывы, или на два параллельно текущих потока мыслей.

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

Врачи, описывая шизофрению, выделяют типы течения и формы болезни. Форма шизофрении может иметь разные типы течения.

Типы течения шизофрении

В Международной классификации болезней (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.

11.2. 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 необхо-

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

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

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

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

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

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

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

1) 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;

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

3) 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 шизофрении¹: «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.

¹ Цит. по: Судебная психиатрия / под ред. Г.В. Морозова. М.: Медицина, 1988.

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

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

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

Гебефреническая шизофрения

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

но мочиться и испражняться в постели или в одежде. Прожорливость чередуется с разбрасыванием пищи.

Бредовые высказывания обычно отрывочные, несистематизированные, а галлюцинации эпизодические.

Заболевание отличается злокачественным течением. В течение 1-2 лет, а иногда и нескольких месяцев развивается шизофренический дефект с резко выраженными ядерными симптомами.

Кататоническая шизофрения

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

Кататоническое возбуждение начинается с растеряннопатетического 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 с повышенным пластическим тонусом – восковой гибкостью: руки, ноги, голова застывают надолго в той позе, которую они приняли или им кто-нибудь придал, порой в самой неудобной и неестественной. Тонус может быть низким (вялый ступор), или больные, лежа в одной позе (часто в позе «эмбриона»), оказывают резкое сопротивление любым попыткам изменить позу (негативистический ступор). В состоянии ступора больные не едят, могут сопротивляться кормлению, и питание осуществляется через зонд. Мочатся и испражняются под себя. Сознание во время ступора может полностью сохраняться, и в последующем, когда ступор проходит, больные подробно рассказывают обо всем происходившем вокруг. Проиллюстрировать вышесказанное может следующий клинический пример¹: «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

¹ Цит. по: Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. М.: Медицина, 1976.

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.

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».

Онейроидная кататония: обездвиженность сочетается со сновидным помрачением сознания. На лице у человека, находящегося в онейроиде, выражения страха и экстаза сменяют друг друга. Обращает на себя внимание расщепление между внешней неподвижностью и яркими и бурными событиями в сознании больного, о которых они рассказывают лишь впоследствии. При этом выясняется, что лишь отдельные реальные события доходили до сознания больного, а обстановка вокруг воспринималась в соответствии с грезоподобными

фантазиями (другие больные принимались за инопланетян, сама больница за какой-то лагерь и т.д.).

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

Простая форма шизофрении

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

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

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

Клинический пример № 1¹: «Обследуемая Н., 19 лет, привлечена к ответственности за убийство отца. Мать обследуемой неоднократно госпитализировалась в психиатрическую больницу с диагнозом «шизофрения».

¹ Цит. по: Судебная психиатрия / под ред. Г.В. Морозова.

В детстве развивалась правильно, в 8 лет поступила в школу. В 1-2 классах училась хорошо, по характеру была живой, подвижной, энергичной. В 4 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 работниц 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 перекладывать 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 вяла, бездеятельна, отказывалась от участия в трудотерапии, не следила за своей внешностью, много времени проводила в постели. В ответ на замечания иногда становилась грубой, циничной, агрессивной. Раскаяния по поводу совершенного не обнаруживала, объяснения своему поступку дать не могла.

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

Клинический пример № 2¹: «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, «заводитой», 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 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.

¹ Цит. по: Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии.

При выяснении обстоятельств, приведших к исключению, удалось выяснить, что после удовлетворительного окончания осенней сессии стал проявлять «пренебрежительное, безразличное отношение к занятиям, на которые или не являлся, или приходил к их концу. На семинарских занятиях сидел «отсутствующим». Обращал на себя внимание неряшливый, запущенный его вид. В беседе с товарищами отвлекался на «непонятные абстракции, на мистически-религиозные темы». Изучал Евангелие и Библию. Незадолго до поступления в психиатрическое отделение явился в русскую церковь к священнику и просил его обратить «из магометанской веры в православную», так как он хочет стать служителем религиозного культа. Свое поведение объяснить родителям отказался, как не стал объяснять смысл и содержание своих многочисленных рисунков. На вопрос матери о причине его поведения, бездеятельности сообщил, что он думает, какой вид самоубийства ему избрать: повеситься или броситься под поезд метро или отравиться, так как он «совсем пуст и ко всему холоден». Находясь в психиатрической клинике, все дни проводил в постели, ничем не занимался, ни с кем не общался, никаких желаний не выражал. Не тяготился пребыванием в отделении среди тяжелых психически больных.

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

Шизофренический дефект бывает следствием неблагоприятного течения болезни или неэффективности лечения, когда 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 этом у подростков наблюдается своеобразная остановка психического развития: оно как бы останавливается на том возрасте, когда началось заболевание. Если это, например, случилось в 14-15 лет, то 20-30-летний больной продолжает вести себя, как подросток.

11.3. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении

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

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

Г.В. Морозов отмечает, что в отдельных случаях из-за стертости клинических проявлений дать судебно-психиатрическую оценку сложно. Нарастающие изменения личности, свойственные шизофрении, у 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, бывают объектом судебно-следственных ошибок¹.

Если у больного шизофренией обнаруживается отчетливая клиническая картина болезни или явные признаки дефекта, то трудностей при судебно-психиатрической оценке, как правило, не возникает. Такие лица рекомендуются признаваться невменяемыми, их направляют на принудительное лечение в психиатрические больницы.

¹ Морозов Г.В. Нервные и психические болезни. 7-е изд., перераб. и доп.. М.: Медицина, 1987.

ГЛАВА 12. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

12.1. Общая характеристика аффективных расстройств

Аффективные расстройства (расстройства настроения) – общее название группы психических расстройств, связанных с нарушениями аффекта. Наиболее широко признаются два типа расстройств, различие между которыми основано на том, имел ли человек когда-либо маниакальный либо гипоманиакальный эпизод. Таким образом, существуют депрессивные расстройства, среди которых наиболее известным и изученным является большое депрессивное расстройство (его ещё называют «клинической депрессией»), и биполярное аффективное расстройство, ранее известное как «маниакально-депрессивный психоз» и проявляющееся перемежающимися периодами (гипо-)маниакальных (длящихся от 2 недель до 4-5 месяцев), депрессивных (средняя продолжительность 6 месяцев) и смешанных эпизодов.

В некоторых случаях аффективными расстройствами называют интенсивные проявления неуместных эмоций (в рамках бредового расстройства), например страха, тревоги, злобы, ярости, восторженности или экстаза.

Аффективные нарушения могут сопровождаться другими нарушениями, например бредом или кататоническими расстройствами.

Большое депрессивное расстройство, часто называемое эндогенной депрессией, когда человек пережил не менее одного «клинического» депрессивного эпизода. Депрессия без периодов мании часто называется униполярной депрессией, поскольку настроение остаётся в одном эмоциональном состоянии или «полюсе». При диагностике выделяют несколько подтипов депрессии.

Атипичная депрессия характеризуется реактивностью настроения (парадоксальная ангедония), значительным увеличением веса или повышенным аппетитом («поесть, чтобы снять беспокойство»), избыточным количеством сна или сонливостью (гиперсомния), ощущением тяжести в конечностях и значительной нехваткой социализации, как следствия гиперчувствительности к кажущемуся социальному отвержению. Сложности в оценке этого подтипа привели к тому, что ставится под вопрос его обоснованность и его распространение.

Меланхолическая депрессия (острая депрессия) характеризуется ангедонией (потерей удовольствия от большинства или ото всех дел), неспособностью реагировать на доставляющие удовольствие стимулы. Чувство пониженного настроения выражено чётче, чем чувство сожаления или потери, характерно ухудшение симптомов в утренние

часы, просыпание рано утром, психомоторная заторможенность, чрезмерная потеря веса (не путать с нервной анорексией), сильное чувство вины.

Психотическая депрессия – термин для длительного депрессивного периода, в частности у меланхолической натуры, когда пациент имеет психотические симптомы – бред, реже галлюцинации. Эти симптомы почти всегда соответствуют настроению (содержание совпадает с депрессивными темами).

Инволюционная депрессия (старческая депрессия) – редкая и тяжёлая форма клинической депрессии, включающая расстройство двигательных функций и другие симптомы. В этом случае человек молчит, почти находится в состоянии ступора и либо недвижим, либо совершает бесцельные или даже аномальные движения.

Послеродовая депрессия относится к чрезмерной, устойчивой и иногда приводящей к потере дееспособности депрессии, переживаемой женщинами после рождения ребёнка. Послеродовая депрессия, вероятность которой оценивается в 10–15 %, обычно проявляется в течение трёх рабочих месяцев и продолжается не дольше трёх месяцев.

Алкогольная депрессия. Аффективные расстройства при алкоголизме полиморфны и негативно влияют на тяжесть течения заболевания, прогноз и период ремиссии, наблюдаются у 26–60 % больных алкоголизмом.

Дистимия – хроническое умеренное нарушение настроения, когда человек жалуется на почти ежедневное плохое настроение на протяжении по крайней мере двух лет. Симптомы не такие тяжёлые, как при клинической депрессии, хотя люди с дистимией одновременно подвержены периодическим эпизодам клинической депрессии (иногда называемой «двойной депрессией»).

Малая депрессия – депрессия, которая не соответствует всем критериям клинической депрессии, но при которой хотя бы два симптома присутствуют в течение двух недель.

В судебно-следственной и экспертной практике наибольшее значение имеет биполярное аффективное расстройство.

12.2. Биполярное аффективное расстройство

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 маниа-

кальная фаза и депрессивная), иногда ее течение монополярное (только одна какая-нибудь фаза).

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

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

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

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

Клинические проявления

Маниакальная фаза проявляется 3 основными клиническими признаками:

- 1) повышенным, радостным настроением;
- 2) ускорением интеллектуальных процессов;
- 3) 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 не систематизированным 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 распущенности. Сексуальная расторможенность больных усиливается после приема алкоголя. По выраженности маниакального синдрома различают легкое (гипоманиакальное) состояние, описанное выше выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство). При маниакальном неистовстве может развиваться состояние спутанности сознания, сопровождающееся агрессивными разрушительными действиями, направленными на все окружающее. Маниакальный эпизод длится от 2 недель до 4-5 месяцев (чаще всего около 4 месяцев).

Клинический пример¹: «Обследуемый Е., 29 лет, слесарь, обвиняется в хулиганских действиях. По характеру веселый, добрый, но вспыльчивый, склонный к немотивированным колебаниям настроения. В 22-летнем возрасте без внешнего повода в течение нескольких дней развилось тоскливое настроение. Стремился к уединению, считал, что до сих пор он плохо справлялся с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением. Был хвастлив, часто громко смеялся. Раздавал свои вещи, делал ненужные покупки, построил гараж, не имея автомашины. В этот период часто посещал рестораны. Психиатрами тогда не наблюдался. Постепенно психическое состояние нормализовалось. Через 3 года появились подавленность, заторможенность. Не было желания работать, общаться с окружающими, избегал родных и друзей. Помещен в психиатрическую больницу, где находился 3 месяца и был выписан с диагнозом: биполярное аффективное расстройство, 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

¹ Цит. по: Судебная психиатрия / под ред. Г.В. Морозова.

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 шуточной форме излагает свою жизнь. К сложившейся ситуации не критичен.

Заключение: Е. страдает биполярным аффективным расстройством, совершил правонарушение в болезненном состоянии (маниакальная фаза биполярного аффективного расстройства), рекомендовано считать невменяемым. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа».

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

- 1) пониженным, тоскливым настроением;
- 2) замедленностью интеллектуальных процессов;
- 3) 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 (раптусмеланхоликус), 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 в среднем около 4-6 месяцев, нередко они затягиваются и на больший срок.

12.3. Судебно-психиатрическая оценка биполярного аффективного расстройства

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

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

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

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

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

ГЛАВА 13. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

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 неврологами 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. Есть данные о наследственной передаче эпилепсии, в таких случаях она может проявиться в очень раннем возрасте и называется генуинная (т.е. врожденная).

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

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

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

Пароксизмальные состояния.

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

К сожалению, точное время начала припадка никто предсказать не может, и он начинается всегда неожиданно. Больной падает, часто серьезно травмируется при этом. 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. 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.

Клинический пример¹: «Обследуемый Ш., 35 лет, разнорабочий, обвиняется в убийстве тещи и тестя и нанесении телесных повреждений жене.

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

В день правонарушения, 17 апреля 1997 г., около 9 часов утра выпил 200 граммов вина, работал по хозяйству. В 14 часов за обедом выпил еще 100 граммов водки, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придираться к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17 часов Ш. самостоятельно развязал опутывавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в

¹ Цит. по: Судебная психиатрия / под ред. Г.В. Морозова.

кухню вошла жена. Неожиданно Ш. молча нанес ей 2 удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала, на подбежавшего к нему соседа Ш. тоже замахнулся ножом, «вид у него был страшный».

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

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

Эпилептические психозы

Различаются острые (продолжительностью несколько часов или суток), затяжные (несколько недель) и хронические (несколько месяцев или лет) эпилептические психозы.

К острым психозам относят в основном состояния измененного сознания (например, сумеречное состояние, делирий). К затяжным психотическим состояниям – 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 соглашались 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.

ГЛАВА 14. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦНС, ДЕМЕНЦИИ И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Деменция (лат. *dementia* – безумие) – приобретённое слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых. В отличие от умственной отсталости (ранее – олигофрении), представляющей собой недоразвитие психики, деменция – это распад психических функций, происходящий в результате заболевания или повреждения головного мозга после завершения его созревания. Наиболее часто деменция наблюдается в старости (сенильная деменция, от лат. *senilis* – старческий).

По МКБ-10 пересмотра представлены сосудистая деменция, слабоумие при болезни Альцгеймера, другие виды дементного синдрома, прогрессирующие на фоне хронических заболеваний.

14.1. Органические поражения головного мозга и их судебно-психиатрическая оценка

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

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

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

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

14.1.1. Травматические поражения головного мозга

Черепно-мозговая травма – понятие, охватывающее разнообразные виды и степени механического повреждения костей черепа, мозга, его оболочек и сосудов.

Как уже указывалось, черепно-мозговые травмы (ЧМТ) бывают закрытые и открытые. Закрытые травмы встречаются гораздо чаще, у пострадавшего гораздо больше шансов остаться в живых, чем при открытой ЧМТ.

Клиника травматического повреждения мозга определяется не только видом ЧМТ, но и рядом других факторов:

- тяжестью травмы;
- локализацией травмы;
- кровопотерей и ее количеством;
- присоединением раневой инфекции;
- возрастом пострадавшего.

Все перечисленные факторы обуславливают необычайное разнообразие нервно-психических расстройств. Независимо от вида ЧМТ обладают общими закономерностями: нарушения максимальны в начальном периоде травмы, а в последующем (если больной не умирает в первые часы и нет осложнений) происходит их уменьшение, наступает выздоровление или формируются стойкие остаточные явления.

В результате травмы может произойти кровоизлияние либо под какую-нибудь оболочку мозга, либо, что бывает реже, внутри ткани мозга. Основным последствием кровоизлияния является компрессия (сдавление вещества мозга). О наличии последней узнают спустя несколько часов (дней) после ушиба, к этому времени симптомы начального периода уже исчезают или состояние вновь ухудшается:

- интенсивные головные боли развиваются по нарастающей, локализуются в определенной части головы:
- рвота;
- стойкое покраснение лица;
- пострадавший начинает зевать;
- озноб (без других признаков лихорадки);
- общая заторможенность, переходящая в кому.

При признаках компрессии пострадавшему необходима срочная квалифицированная медицинская помощь, данное состояние угрожает жизни потерпевшего.

Вне зависимости от типа ЧМТ и обстоятельств ее получения выделяют 4 этапа развития травматических расстройств:

- 1) начальный,
- 2) острый,
- 3) реконвалесценции (выздоровления),
- 4) отдаленных последствий.

Начальный период возникает непосредственно после получения ЧМТ и характеризуется следующими признаками.

1. Потеря сознания. В зависимости от тяжести поражения эта стадия имеет различную длительность от нескольких минут, часов до нескольких недель, и различную глубину нарушенного сознания (оглушенность, сопор, кома).

При оглушенности пострадавшие вялые, заторможенные, сонливые, односложно отвечают на вопросы, плохо ориентируются в окружающей обстановке.

Сопор – это такое угнетение сознания, при котором пострадавшие могут реагировать только на энергичные внешние раздражители (открывать глаза, односложно отвечать на вопросы, отстраняться от раздражителя), после чего снова возвращаются к прежнему состоянию. При сопоре сохранено глотание и другие рефлексy, пострадавший самостоятельно меняет положение тела в постели.

При коме 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:

1) ретроградная амнезия – пострадавшие не могут сообщить об обстоятельствах, предшествовавших травме.

2) Антероградная амнезия – впоследствии после выписки из больницы пострадавший не помнит о встрече со следователем и сделанных показаниях в период стационарного лечения.

3. Общемозговые симптомы: головная боль, головокружение, тошнота, рвота.

Острый период

Продолжительность острого периода закрытой ЧМТ колеблется от 1 дня до 1-2 месяцев и более. Обычно длится от 3 до 8 недель. Сознание восстанавливается, исчезает большинство общемозговых симптомов.

В этом периоде ведущим является астения с ощущениями психической и физической слабости, слезливостью, раздражительностью. Больные фиксированы на своем состоянии, фон настроения снижен. На первый план выходят явления гиперестезии – пострадавшие не переносят громких звуков, яркого света. Остаются отдельные неврологические нарушения: головокружение, нистагм, вегетативные нарушения (колебания артериального давления, нарушения терморегуляции и т.д.).

Течение болезни в этом периоде волнообразное, улучшения сменяются ухудшением состояния, которое обычно наблюдается при психическом напряжении или влиянии психогенных факторов (например, дополнительная психотравма). Во время ухудшения усиливается астеническая симптоматика, иногда наблюдаются судорожные припадки.

В остром периоде могут развиваться психозы. Большая часть из них развивается в первые дни или первые 1,5 недели, реже спустя месяц или более после восстановления сознания. Психозы чаще развиваются при контузиях, чем при сотрясениях. Обычно наблюдаются различные формы помрачения сознания:

- Сумеречное помрачение сознания, возникает неоднократно. Протекает в двух вариантах – с внешне упорядоченным поведением либо агрессией и хаотичным возбуждением.

- Делирий, обычно наблюдается у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Чаще всего возникает через несколько (1-2) недель после восстановления сознания, на фоне астении под воздействием дополнительной вредности (например, прием алкоголя).

- Онейроид, который протекает с нарушениями «схемы тела», сопровождается благодушно-эйфорическим настроением. Длится 1-2 дня, обычно однократно.

Период реконвалесценции

Период выздоровления продолжается от 1-2 месяцев до 1 года. Постепенно сглаживаются все явления острого периода и у большинства пострадавших наступает полное выздоровление.

Период отдаленных последствий ЧМТ

Отдаленные последствия перенесенной ЧМТ появляются через несколько месяцев или даже лет после получения травмы.

- Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство: раздражительность и истощаемость, повышенная физическая и психическая утомляемость, обидчивость, тревожность, нерешительность, слабодушие. Кроме жалоб на сниженную трудоспособность, пострадавшие предъявляют жалобы на нарушения сна, непереносимость жары и духоты, ощущение дурноты при езде в транспорте, легкое снижение памяти. У некоторых появляются истероформные

реакции с демонстративными рыданиями, заламыванием рук, с преувеличенными жалобами на плохое здоровье и требованиями для себя определенных привилегий.

- Органический галлюциноз: возникают постоянные или периодические зрительные или слуховые галлюцинации, сознание ясное. Возможно развитие вторичного бреда, который вытекает из обманов восприятия больного. Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент Н., 25 лет, два года назад в результате аварии перенес тяжелую ЧМТ с обширным дефектом левой височной кости. Жалуется на то, что постоянно видит перед собой справа сверху окровавленный топор и слышит справа голос – «теперь ты умрешь». В виде отдельных эпизодов замечал летящих пчел, которые влетают в правый глаз, и слышал их жужжание в голове. В связи с тем, что восстановление целостности височной кости не проводилось, может, притрагиваясь к дефекту, вызывать у себя «видения» ангела, которого замечает в зеркале. К своим переживаниям относится с критикой. Бредовая трактовка отсутствует».

- Органическое расстройство личности: изменяется эмоциональный фон, появляется либо эйфория, либо дисфория. На более поздних этапах развития болезни у пострадавшего возникает эмоциональная лабильность или апатия. Для таких людей характерна эмоциональная взрывчатость, агрессивное поведение по незначительным поводам. При приеме алкоголя вышеуказанные черты обостряются, больные становятся социально опасными.

- Травматические психозы, которые могут возникать через 10-15 лет после травмы и длиться 3-4 месяца, затем прекращаются. Протекают в виде двух форм: аффективной и галлюцинаторно-бредовой.

Аффективные расстройства возникают по типу субдепрессий либо гипоманий. Больной высказывает сверхценные идеи, демонстрирует сутяжническое поведение. Аффективные нарушения толкают многих больных к алкоголизации. На высоте аффективных психозов нередко помрачение сознания.

Галлюцинаторно-бредовые психозы возникают при тяжелых травмах и травмах средней тяжести. Для их развития необходима провокация экзогенной вредностью. Обычно они начинаются с сумеречного или делириозного помрачения сознания. Галлюцинации преобладают над бредом. Встречаются элементы синдрома Кандинского-Клерамбо.

- Паранойяльные психозы возникают обычно спустя 10 лет и более 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 чаще после открытых ЧМТ и тяжелых контузий с переломами оснований черепа. При травматическом слабоумии наблюдаются кроме интеллектуально-мнестических расстройств, вялость, апатичность, адинамичность, слабодушие, эйфория, вспышки раздражения и гнева.

- Пароксизмальные расстройства возникают как в течение первого года после травмы, так и в более отдаленный период (через 10-20 лет и позднее). Пароксизмальные расстройства острого и подострого периодов имеют более благоприятное течение и со временем проходят. Эпилептиформные расстройства отдаленного периода ЧМТ имеют менее благоприятный прогноз.

Пароксизмальные расстройства разнообразны:

- большие развернутые припадки;
- малые припадки;
- судорожные состояния без нарушения сознания;
- гипоталамические приступы – учащение сердцебиения, дурнота, резкое побледнение или покраснение кожи, кратковременные судорожные подергивания);
- психосенсорные расстройства (нарушения схемы тела);
- эпизоды сумеречного помрачения сознания.

Психоорганический синдром развивается в отдаленном периоде тяжелых ЧМТ. Наблюдается более выраженная неврологическая симптоматика, свидетельствующая о поражении ткани мозга.

Пострадавшие предъявляют жалобы на:

- упорные, распирающие головные боли;
- головокружения;
- стойкие нарушения сна;
- раздражительность;
- колебания настроения с оттенком гневливости и злобности;
- непереносимость психических нагрузок, быстрая утомляемость.

Объективно можно зафиксировать:

- изменение биоэлектрической активности мозга на электроэнцефалограмме;
- повышение внутричерепного давления;
- снижение памяти на текущие и прошлые события;
- истощаемость психических процессов, приводящая в итоге к интеллектуально-мнестическому снижению личности.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших ЧМТ, неоднозначна и зависит от стадии заболевания и от клинических проявлений. Особенно сложно оценивать острый период ЧМТ, необходимость

в подобной экспертной оценке возникает при ДТП и в случае преступлений против личности. Эксперты не наблюдают человека в данный период, поэтому приходится его оценивать ретроспективно: по медицинской документации и материалам дела. Кроме этого, рассказ самого пострадавшего из-за ретроантероградной амнезии весьма скуден.

Противоправные действия в остром периоде совершаются при травмах легкой и средней тяжести. У таких больных может быть неглубокое нарушение сознания, меняющееся в своей интенсивности. Их действия могут носить внешне целенаправленный характер, движения и походка координированы. Тем не менее свидетели отмечают у такого субъекта растерянное выражение лица, отсутствие адекватного речевого контакта, дезориентировку в окружающем. Все это свидетельствует о помрачении сознания в форме оглушения и попадает под понятие «временное расстройство психической деятельности». Таких лиц СПЭК рекомендует суду признавать невменяемыми. Необходимость и характер мер медицинского характера определяются выраженностью остаточных явлений ЧМТ.

При совершении дорожно-транспортного происшествия психическое состояние водителя оценивается с двух позиций:

1. Водитель мог иметь ЧМТ в прошлом, в этом случае следует выяснить, не было ли у него в момент аварии пароксизмального расстройства. Для правильного экспертного заключения очень важно:

- тщательно собрать медицинскую документацию на данного гражданина, в которой упоминается ранее полученная им ЧМТ;
- проанализировать схему движения транспортного средства;
- проанализировать показания пассажиров (если возможно);
- установить наличие или отсутствие алкогольного опьянения;
- проанализировать описание виновником своего состояния на момент совершения аварии.

Если будет доказано наличие нарушенного сознания, то эксперты порекомендуют суду признать данное лицо в отношении инкриминируемого деяния невменяемым.

2. ЧМТ водитель может получить во время дорожно-транспортного происшествия. Полученная травма может маскировать предыдущее состояние.

Если ЧМТ получена во время аварии, то независимо от ее тяжести лицо рекомендуют признавать вменяемым в отношении инкриминируемого деяния. Дальнейшая судьба водителя зависит от тяжести ЧМТ.

- если наступает полное обратное развитие симптомов, или остаются легкие остаточные явления – следствие и судебное

разбирательство 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.

14.1.2. Психические нарушения при инфекционных заболеваниях мозга

Человеческий мозг отделяется от всего остального тела с помощью специального гемэнцефалического барьера – своеобразная защита от вирусов и бактерий. Однако некоторые возбудители инфекционных заболеваний способны проникать через этот барьер. Когда инфекция затрагивает непосредственно вещество мозга, то заболевание носит название *энцефалит*. Различают энцефалит:

- первичный (эпидемический и клещевой) вызывается вирусами;
- вторичный как осложнение после кори, краснухи, гриппа, ветряной оспы и т.д.

Эпидемический энцефалит – во время острой стадии на фоне лихорадки появляются делириозные расстройства сознания (психомоторное возбуждение, тревога, страх, отрывочный бред, ложные узнавания). Периоды возбуждения сменяются патологической сонливостью, больных невозможно разбудить. Встречаются отдельные судо-

рожные подергивания, нарушения координации движений. Возможен летальный исход.

Если заболевание переходит в хроническую стадию, то начинают преобладать неврологические нарушения (двоение в глазах, птоз и т.д.), возможен постэнцефалитический паркинсонизм. *Психические нарушения наиболее заметны в эмоционально-волевой сфере.* Больные становятся пассивными и безучастными к окружающему. Настроение быстро меняется от депрессии к эйфории. В дальнейшем у больных отмечается вязкость мышления, суетливость, лживость, сексуальная расторможенность. У некоторых на первый план выступает прожорливость: они собирают объедки, выпрашивают пищу, могут ее воровать.

Вторичные энцефалиты. На первых этапах наблюдается общемозговая реакция на инфекцию (нарушения сознания, отдельные зрительные галлюцинации, эпилептиформные проявления). Быстро появляются неврологические расстройства: повышение и асимметрия сухожильных рефлексов, парезы и параличи, менингеальные симптомы, упорные головные боли, снижение зрения и слуха, гиперестезия. В большинстве случаев, особенно в детском возрасте, в результате лечения наступает стабилизация процесса, а затем и обратное развитие.

Психические расстройства проявляются в задержке психического развития у детей, снижения интеллектуальных функций у взрослых больных. У детей после перенесенного энцефалита наблюдаются нарушения поведения (конфликты, побеги из дома, дисциплинарные нарушения). Они быстро попадают в асоциальную компанию, злоупотребляют алкоголем, наркотиками. Отмечается повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость.

Судебно-психиатрическая оценка

В основном попадают в поле зрения судебных психиатров лица с остаточными явлениями перенесенных энцефалитов, чаще всего в молодом возрасте.

Экспертная оценка сложна из-за формальной сохранности интеллектуальных функций с одной стороны, а с другой – из-за наличия у подэкспертных выраженной психической незрелости и эмоционально-волевых расстройств. В этих случаях показана комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

В силу особенностей клиники психических расстройств отдаленного периода энцефалитов (сексуальная расторможенность, повышенная внушаемость, подчиняемость) больные часто становятся жертвами преступлений. Например, при знакомстве со случайными людьми больные (особенно девушки) могут умышленно завышать свой возраст, демонстрировать свою сексуальную осведомленность. Если учесть, что подобные девушки обычно злоупотребляют косметикой и

стараясь 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.

14.1.3. Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга

Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга вызваны проникновением бледной трепонемы в ЦНС, обычно это происходит через 3-4 года от момента внедрения возбудителя в организм.

На первый план выступают неврологические нарушения, они на 70-80% определяют клиническую картину заболевания. Диагноз подтверждается обнаружением инфекции в крови и спинномозговой жидкости.

На ранних этапах: нарушение сна, раздражительность, истощаемость, легкое ослабление памяти, снижение фона настроения. У больных еще сохраняются критические способности.

На поздних этапах: упорные головные боли, оглушение, тревожное возбуждение, снижение памяти и интеллекта, нарастание признаков психоорганического синдрома. Иногда наблюдаются эпизоды галлюцинаторно-параноидных явлений.

Прогрессивный паралич – это сифилитический менингоэнцефалит, протекающий с признаками быстро прогрессирующего тотального распада психической деятельности, различными психотическими состояниями, а также типичными для сифилиса изменениями в крови и спинномозговой жидкости, определенными соматоневрологическими нарушениями.

Имеет длительный инкубационный период: порядка 10-15 лет (иногда 20 лет) с момента заражения организма сифилисом. Если больной не получает лечения, то через 2-5 лет наступает распад личности в результате глубокого изменения тканей мозга и возможен летальный исход.

Начальная стадия: неврастенические проявления сочетаются с признаками органического снижения личности – больные становятся бестактными, утрачивают чувство стыда и другие тонкие эмоции, снижается критика к себе и своему поведению. Фон настроения приподнят, эмоции подвижны, больные легковесны в суждениях. Обнаруживается интеллектуальная несостоятельность, например, заболевшие совершают ошибки в простейших расчетах, не понимают смысл

прочитанного текста. Наблюдаются расстройства влечений, повышенная внушаемость.

Развернутая стадия: деменция, болезненно повышенное настроение, преимущественно с эйфорическим оттенком. Ряд больных высказывает бредовые идеи величия, нелепые по содержанию и резко противоречащие реальному положению больного. 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.

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу): «П-ов В.С., 44 года, обвиняется в нанесении ножевого ранения сотруднику милиции.

Раннее развитие протекало без особенностей. В школе учился плохо, с 15 лет употреблял алкоголь, совершал кражи. Был направлен в детскую воспитательную колонию. В дальнейшем работал на заводе, служил в армии. В возрасте 28 лет заразился сифилисом, лечился нерегулярно. Через 4 года после заражения стал обнаруживать странности в поведении: стал оживлен, гневлив, многоречив, лечился в психиатрической больнице с диагнозом «маниакальное состояние». Спустя несколько лет у него была обнаружена положительная реакция Вассермана в крови, и он получил повторный курс лечения от сифилиса. Несколько позднее он стал вести себя неправильно. Посещал зубопротезный кабинет, требовал вставить себе золотые зубы, хотя в этом не было необходимости; матери говорил, что «сходит с ума» и у него «переворачиваются мозги». В день правонарушения (май 1984 г.) подошел к Внешторгбанку, представился сотрудником органов безопасности, пытался сесть в машины с инкассаторами, спрашивал, есть ли у них деньги, стучал ножом в ветровое стекло. При задержании оказал сопротивление сотрудникам милиции, одного из них ранил ножом, при этом сам получил пулевое ранение в плечо. В начале следствия написал нелепое заявление, в котором сообщил, что собирался получить валюту и купить магнитофон. В камере вел себя странно, был многоречив, требовал открыть все двери и отпустить его. При обследовании его психиатром заявил, что он очень богатый человек; японцы построили ему «коттедж», где все «уложено коврами и много хрусталя». Фон настроения был повышен. У него опять была обнаружена положительная реакция Вассермана. При обследовании в Центре им. Сербского установлено следующее. Неврологическое состояние: зрачки узкие, левый шире правого, на свет не реагируют, асимметрия лицевой иннервации, язык отклоняется влево. Сухожильные рефлексы оживлены с расширенной зоной, слева коленный рефлекс отсутствует. Отмечается тремор рук. Реакция Вассермана в крови и спинно-

мозговой жидкости резко положительная (++++). В спинно-мозговой жидкости положительные белковые реакции. Реакция Ланге (с коллоидным золотом) 2246660000.

Психическое состояние. Испытуемый грубо ориентирован в окружающем, считает, что находится в больнице и обследуется по поводу сифилиса. Во время беседы беспечен, благодушен. Речь замедленная, с гнусавым оттенком, произношение трудных слов нарушено. Обнаруживает значительное снижение памяти, путает даты своей жизни. Легкомысленно относится к своему заболеванию сифилисом, со смехом рассказывает, что после лечения у венерологов «сильно веселился», а потом его перевели в психиатрическую больницу. Заявляет, что несметно богат, «уже давно связан с японцами», они построили ему «коттедж», у него много мебели и автомобилей, есть самолет, на котором он летал в Японию, США, ФРГ, есть счета в иностранных банках, он пользуется успехом у женщин. В то же время собирается жениться на своей прежней жене. О правонарушении рассказал, что решил в банке взять валюту и купить магнитофон, пока японцы не прислали ему 10 магнитофонов. В отделении многоречив, непоседлив, все рассказывал о своих богатствах, написал матери письмо с просьбой узнать, в каком состоянии находится его коттедж и прислали ли ему магнитофоны. Критическое отношение к своему состоянию и сложившейся ситуации у него отсутствует.

Диагноз: прогрессивный паралич. Его рекомендовано считать невменяемым. По своему психическому состоянию он нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу».

14.1.4. 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:

- нарушения непсихотического уровня в виде астенической, неврозоподобной, дисфорической и другой симптоматики и личностных изменений;

- сосудистые психозы, протекающие с помрачением сознания, галлюцинаторно-бредовыми синдромами и аффективными расстройствами;

- 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 начинается неврозоподобной симптоматикой: раздражительность, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, особенно умственной, рассеянность, снижение внимания. Характерной особенностью начального церебросклероза является также заметное усиление прежних черт личности: ранее недоверчивые становятся откровенно подозрительными, беспечные – еще более легкомысленными, экономные – скупыми. По мере развития заболевания все более отчетливо выявляются нарушения памяти и снижение работоспособности.

Больные забывают, что им нужно сделать, не помнят, куда они положили ту или иную вещь, с большим трудом запоминают новое. Ослабевают память на текущие события, прошлое они могут помнить достаточно хорошо.

По мере прогрессирования болезни меняется мышление больных: оно теряет прежнюю гибкость и подвижность. Появляются чрезмерная обстоятельность, заострение на каких-то деталях, многословие. Больные с трудом выделяют главное, сложно переключаются с одной темы на другую.

Характерной чертой является выраженная эмоциональная лабильность (слабодушие). Больные становятся слезливыми, плачут при малейшем огорчении или радости, легко переходят от слез к улыбке и наоборот. Типична также склонность к реакциям раздражения, постепенно усиливающаяся вплоть до резких гневливых вспышек по самым незначительным поводам. Больные становятся все более трудными в общении с окружающими, у них развиваются эгоизм, нетерпеливость и требовательность, появляется чрезмерная обидчивость.

Выраженность нарушений мышления и памяти, эмоциональная несдержанность и особенности поведения говорят о том, что наступает атеросклеротическая деменция.

У больных церебральным атеросклерозом могут возникать галлюцинозы, обычно слуховые, типичны хронические бредовые состо-

яния (бред ревности, отношения, преследования и другие по содержанию виды бреда).

Психические нарушения при гипертонической болезни

Помимо неврологических нарушений, для гипертонической болезни характерны и разнообразные психические нарушения. Описаны гипертонические психозы, очень часто наблюдаются другие психопатологические проявления, причем на любой стадии болезни. Вместе с тем имеется определенная связь между характером психических нарушений и стадией болезни. Так, невротоподобная 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:

- невротоподобная 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;

- тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы. Наиболее часто наблюдается ипохондрический бред, бред осуждения, отношения и преследования, могут возникать идеи ревности и самообвинения;

- состояния помрачения сознания. Наряду с различными степенями оглушения у больных развивается сумеречное состояние сознания, возможен онейроид и делирий;

- состояния слабоумия. Нарушения памяти различны: от незначительных до грубых мнестических расстройств. Может развиваться органический психосиндром, иногда наблюдается типичный синдром Корсакова. Деменция может развиваться как последствия инсультов, так и самостоятельно.

Судебно-психиатрическая оценка сосудистых психозов

Определение вменяемости или невменяемости зависит от психического состояния больных с сосудистой патологией, от степени их психических нарушений. При выраженной патологии, например, глубоко слабоумии эксперты рекомендуют признавать этих лиц невменяемыми. Аналогичную рекомендацию выдают при наличии в структуре расстройств галлюцинаций, бреда, нарушений сознания.

Определение степени нарушения интеллектуально-мнестических функций желательно проводить с помощью патопсихологических методик, чтобы составить объективное представление о глубине и структуре нарушений.

Довольно часто потребность в судебно-психиатрической оценке этих психических нарушений возникает в гражданском процессе при оспаривании сделок, совершенных больным или в случаях споров по завещанию.

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу): «Гражданка Ш., 90 лет. Из материалов гражданского акта и медицинской документации известно, что у гражданки Ш. было 3 брата; своей семьи у нее не было, жила одна, получала пенсию по старости. В последние годы посещала поликлинику, где лечилась по поводу гипертонической болезни, общего и мозгового атеросклероза, жаловалась на забывчивость, головные боли, плохой сон. Отмечались у нее повышенные цифры артериального давления. Психиатром не осматривалась. Проживала в собственном домовладении. 13 ноября 1985 г. она оформила завещание в пользу своей двоюродной сестры К., которое подписала собственноручно. 4 сентября 1987 г. она изменила свое завещание в пользу Т., а 28 июня 1988г. она оформила завещание в равных долях на своих квартирантов Е. и Б. Как видно из материалов дела, в начале апреля 1991 г. Б. насильно увез Ш. к своим родственникам в другой район, а спустя несколько дней ее увидели соседи. Она бродила по улице и не могла найти своего дома. Соседи привели ее к себе. По данным амбулаторной карты поликлиники, 13 мая 1991 г. у Ш. было острое нарушение мозгового кровообращения; в этот же день она была осмотрена врачом на дому.

Согласно записи врача: состояние тяжелое, на вопросы не отвечает, выявлена очаговая неврологическая симптоматика, артериальное давление 180/90 мм рт. столба. Диагноз: «острое нарушение мозгового кровообращения, левосторонний гемипарез (паралич)». В последующие дни состояние ее, судя по записям в истории болезни, оставалось тяжелым. 29 марта 1995 г. Ш. завещала свое имущество, в том числе и домовладение, У-ко, постороннему человеку. Записей в амбулаторной карте на день составления завещания не содержится. Ш. умерла через 2 недели после составления последнего завещания. В дальнейшем это завещание было оспорено ее родственниками в суде. Показания свидетелей по данному делу разноречивы. Одни в судебном заседании сообщали, что она была здорова, «в своем уме», все понимала, хорошо говорила, другие показывали, что она в последние годы жизни все забывала, «всех боялась», говорила, что «ее ловят», «обкрадывают», «заговаривалась». Почтальон, который приносил пенсию Ш., рассказала, как «бабушка» жаловалась ей, что у нее «пропадают деньги, их крадут». Когда ей принесли деньги в последний раз, она лежала, «как мертвая», не откликалась, состояние ее было тяжелым.

Заключение комиссии: Ш. при жизни страдала сосудистым заболеванием головного мозга (гипертоническая болезнь, церебральный

атеросклероз) с изменениями психики, степень которых, после развившегося у нее 13 мая 1991 г. острого нарушения мозгового кровообращения, была столь значительна (нарушения сознания, восприятия, речи), что лишала Ш. способности понимать значение своих действий и руководить ими в период оформления завещания 29 мая 1991 г.».

14.2. Умственная отсталость.

Судебно-психиатрическая оценка лиц с умственной отсталостью

Умственная отсталость – это врожденное или рано (в первые три года жизни) приобретенное слабоумие. В мире около 4% населения страдает умственной отсталостью в той или иной степени.

Причинами возникновения умственной отсталости чаще всего бывают:

- хромосомные аномалии (болезнь Дауна);
- нарушения обмена веществ (фенилкетонурия, кретинизм);
- внутриутробные повреждения плода (алкоголь, инфекция, механическая травма);
- повреждения мозга в период родов (асфиксия из-за обвития шеи пуповиной, родовая травма, наложение акушерских щипцов).

Достаточно часто исследователи затрудняются определить конкретную причину возникновения данной умственной патологии.

Клиническая картина умственной отсталости часто включает в себя, кроме общей психической неполноценности, различные неврологические и соматические симптомы, что является показателем неправильного развития не только головного мозга, но и всего организма.

Больные с умственной отсталостью имеют характерный внешний вид:

- непропорциональное телосложение;
- микро- или макроцефалию;
- короткие конечности и их искривление, из-за чего движения больных становятся угловатыми, часто плохо координированными;
- стигмы, свидетельствующие о недоразвитии на физическом уровне: волчья пасть, заячья губа, третье веко, полидактилия, низко посаженные уши, низкая линия роста волос сзади, кожная складка на шее («шея финкса»);
- 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 умственной отсталостью нарушения сна, тревогу, расстройства настроения. Высокая температура при лихорадке, алкоголь и наркотики изредка приводят к транзиторным психотическим расстройствам в виде зрительных галлюцинаций, двигательного возбуждения, страха, депрессии.

Классификация умственной отсталости

Исторически было предложено несколько классификаций умственной отсталости (ранее – олигофрении). В настоящее время наиболее распространена, используется на практике и имеет юридическое значение классификация умственной отсталости по степени тяжести. Именно эта классификация была включена в МКБ-10. Классификации, основанные на других принципах, могут использоваться в дополнение к основной, однако в настоящее время их значение очень мало из-за слабой доказательной базы. В качестве таких классификаций в России упоминаются качественная классификация М.С. Певзнер, клинико-физиологическая классификация С.С. Мнухина и Д.Н. Исаева и этиопатогенетическая классификация Г.Е. Сухаревой.

Степени тяжести умственной отсталости

Тяжесть нарушений, вызванных одной и той же причиной, может быть различна. В настоящее время в МКБ-10 выделяют 4 степени умственной отсталости.

Ранее выделялись 3 степени олигофрении: дебильность, имбецильность и идиотия. Однако в конце XX века термины «дебиль-

ность», «имбецильность» и «идиотия» были полностью выведены из употребления и исключены из МКБ-10.

Степени умственной отсталости внесены в МКБ-10 в раздел F 70-F-73. А именно: легкая степень (F-70) – коэффициент интеллекта 50-69 (умственный возраст – 9-12 лет), умеренная степень (F-71) – коэффициент интеллекта 35-49, (умственный возраст – 6-9), тяжелая степень (F-72) – коэффициент интеллекта 20-34 (умственный возраст – 3-6 лет), глубокая степень (F-73)- коэффициент интеллекта до 20 (умственный возраст – до 3-х лет).

Судебно-психиатрическая оценка лиц с умственной отсталостью

Судебно-психиатрическая оценка лиц с умственной отсталостью включает анализ особенностей психического состояния, познавательной, эмоционально-волевой сферы и способности лица выполнять юридически значимую функцию (быть вменяемым, дееспособным и т.п.).

При оценке лиц с умственной отсталостью учитывают:

1. Степень умственной недостаточности – например, при легкой степени учитывают слабость суждений, неспособность к отвлечению и обобщению, нарушение критики.

2. Аффективные и волевые нарушения – они нередко утяжеляют мыслительную дефектность, затрудняют возможность правильно оценивать своё поведение и руководить им.

3. Характер общественно опасного действия, условия, при которых оно было совершено. Например, личности с легкой степенью умственной отсталости иногда понимают определённые требования закона, не требующие сложной умственной оценки, но требования правовых норм, основанные на более сложных отношениях в умозаключениях, часто ими не осознаются.

Больные умственной отсталостью могут совершать разнообразные правонарушения.

1. 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. В таком случае они признаются невменяемыми и направляются на принудительное лечение в психиатрическую больницу.

2. Из-за повышенной внушаемости и пассивной подчиняемости совершают противоправные действия под влиянием других лиц (особенно асоциально направленных), например, кражи. Чаще всего перед экспертами-психиатрами предстают лица с легкой степенью умственной отсталости. Они могут быть как обвиняемыми, так и потерпевшими.

В случае, когда лица с легкой степенью умственной отсталости предстают в качестве обвиняемых, вопрос об их вменяемости решается в зависимости от глубины поражения интеллекта. Довольно часто лиц с умственной отсталостью легкой степени рекомендуют признавать вменяемыми.

Довольно редко, если интеллект существенно снижен (на границе с имбецильностью) и присоединяются психопатоподобные нарушения поведения, экспертная комиссия может рекомендовать суду признать данного больного невменяемым.

Для судебно-психиатрической оценки лиц с умственной отсталостью используют:

Клиническое изучение личности – учитывают не только наличие или отсутствие определённого объёма знаний, но и способность ориентироваться в конкретной ситуации, устанавливать связи с окружающими.

Использование диагностических методик – например, для оценки особенностей интеллектуального развития используют шкалу «Прогрессивной матрицы» Равена и методику WISC Векслера.

ГЛАВА 15. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

15.1. Понятия психоактивных веществ и их юридическая классификация

Под *психоактивным веществом* понимается любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение и восприятие окружающего, поведение либо другие, желательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приеме вызывать психическую и физическую зависимость.

К психоактивным веществам (ПАВ), кроме наркотиков, относятся алкоголь, никотин, некоторые токсические вещества (средства бытовой химии, лекарственные средства).

Разделение ПАВ на токсические и наркотические средства имеет не столько медицинское, сколько правовое значение, поскольку изготовление, приобретение, хранение и другие незаконные действия с наркотическими средствами караются законом (ст. 228-231 УК РФ), а с токсическими веществами – нет.

Вещество причисляется к «наркотическим», если оно удовлетворяет трем взаимосвязанным критериям: медицинскому, социальному, юридическому.

Медицинский критерий состоит в том, что вещество должно оказывать специфическое действие на ЦНС (успокаивающее, стимулирующее, галлюциногенное), которое становится причиной его немедицинского применения. Иначе говоря, вещество должно быть способно вызвать субъективно положительный эффект от его употребления. Этому критерию соответствуют все психоактивные.

Социальный критерий заключается в том, что немедицинское употребление средства принимает масштабы социально значимого явления.

Юридический критерий – вещество включено в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

Химическая зависимость – это форма аддиктивного поведения, вызванная химическими агентами, наиболее распространенными из которых являются: этиловый спирт, денатураты, летучие токсические вещества, наркотики.

Каждое из этих веществ, воздействуя на психику человека, перестраивает биохимические процессы в организме, оказывает негативное воздействие не только на физическое здоровье, повреждая органы,

но и на психическое здоровье, проявляясь в подчиненности сознания предмету зависимости, утрате самоконтроля, отрицании самого факта зависимости.

Влечение к наркотикам возникает очень быстро, в отдельных случаях даже после однократного потребления¹. Однако о сформировавшейся зависимости можно говорить только в случае наличия синдромов, которые проявляются в любое время, но в течение года:

- сверхценная значимость для индивида предмета зависимости;
- толерантность;
- повышение эмоционального фона и внутренних ощущений (чувство комфорта, эйфория);
- синдром отмены (абстинентный синдром) – различные негативные переживания и ощущения, дискомфорт вне интоксикации.

Для химических зависимостей характерно фазное течение с наличием в структуре нескольких поэтапно формирующихся синдромов²:

- *синдром измененной реактивности* (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);
- *синдром психической зависимости* (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации);
- *синдром физической зависимости* (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Эти три синдрома, составляющие *большой наркоманический синдром*, отличают наркозависимого от здорового человека. Каждый из структурных элементов наркоманического синдрома варьируется в зависимости от формы наркомании.

Синдром измененной реактивности включает:

- изменение формы потребления (например, человек употреблял снотворные препараты с целью нормализации сна, а впоследствии он начинает употреблять снотворные для достижения состояния опьянения);
- изменение толерантности. Толерантность – это состояние адаптации к наркотикам, проявляющееся постоянным снижением реакции на прием обычных доз. В процессе развития болезни происходит рост толерантности, организм наркомана может переносить дозы наркотика, превышающие в несколько раз терапевтические и даже

¹ Подр.: Рублёва Т.Ю., Дайнеко И.А., Кучер О.Н. Оценка информированности различных групп населения о распространенности употребления наркотиков и проблемах профилактической деятельности // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2020 Т. 9 № 4А. С. 5-15.

² Пятницкая И.Н., Найдёнова Н.Г. Подростковая наркология. М. : Медицина, 2002.

смертельные. Повышение толерантности ведет к увеличению доз и частоты приема наркотиков. На определенном этапе болезни толерантность достигает максимума и остается длительное время постоянной. В дальнейшем происходит снижение толерантности и прием привычных доз приводит к передозировке, нередко с летальным исходом. Например, при длительном употреблении опиатов толерантность может превышать изначальную (физиологическую) в 100-200 раз;

- исчезновение защитных реакций из-за того, что организм приспособился. При передозировке защитные реакции (тошнота, рвота, кожный зуд, обильный пот, икота, слюнотечение, резь в глазах) – это сигналы тревоги организма, которые возникают, когда доза наркотика превысила безопасный предел;

- изменение формы опьянения проявляется в извращении эффектов наркотика. Например, снотворные вызывают возбуждение, кодеин не подавляет кашель.

Психическая зависимость характеризуется патологическим стремлением постоянно или периодически принимать наркотик. Она развивается во всех случаях систематического приема, но иногда может возникнуть уже после первой пробы. Больной стремится принимать наркотик, чтобы испытать приятные ощущения или снять явления дискомфорта. Влечение к наркотику может быть obsessивным, compulsивным. При obsessивном влечении у больного постоянно присутствуют мысли о наркотике, сопровождающиеся оживлением, подъемом настроения в предвкушении его приема и подавленностью, неудовлетворенностью при отсутствии. Compulsивное влечение характеризуется неодолимым стремлением к наркотику, определяет поведение больного. Compulsивное влечение может возникнуть при абстиненции или на высоте интоксикации. В последнем случае может произойти передозировка наркотиком.

Физическая зависимость – состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление наркотиков, проявляющееся грубыми психическими и соматическими нарушениями при прекращении действия наркотика. Возникает абстинентный синдром, который облегчается или купируется полностью очередным введением наркотика.

Абстинентный синдром – это состояние психологических и физических нарушений, которые развиваются после резкого прекращения употребления наркотического вещества. Является показателем сформировавшейся физической зависимости от наркотика. Клинические проявления, сроки формирования, продолжительность абстиненции различны при разных видах наркоманий.

Психические нарушения, связанные с употреблением ПАВ, в МКБ-10¹ описаны в рубрике F1: расстройства психики и поведения, вызванные употреблением алкоголя (F10); опиатов (F11); каннабиоидов (F12); седативных или снотворных средств (F13); кокаина (F14); других психостимуляторов, в том числе кофеина (F15); галлюциногенов (F16); табака (F17); летучих растворителей (F18); сочетанного употребления наркотиков или использования других психоактивных веществ (F19).

Кроме того, выделяют злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (F55), например психотропными средствами, не приводящими к возникновению зависимости, – антидепрессантами, стероидными или другими гормонами.

Следует отметить, что отдельные формы расстройств могут сменять одна другую (например, развитие кокаиновой зависимости на фоне ремиссии алкогольной зависимости) или существовать одновременно (полинаркомании, например опийная наркомания и алкоголизм).

При формировании зависимости от алкоголя говорят об алкоголизме, при зависимости от наркотиков – о наркомании, при зависимости от токсических ПАВ – о токсикомании. При употреблении двух и более ПАВ и при формировании зависимости к ним говорят о зависимости от нескольких ПАВ (полинаркомания). При сформированной зависимости к наркотическому средству и одновременно к токсическому средству диагностируется осложненная наркомания.

15.2. Острая интоксикация психоактивными веществами и судебно-психиатрическая оценка интоксикации психоактивными веществами

Острая интоксикация психоактивными веществами – это переходящее состояние, возникающее вслед за приемом ПАВ и характеризующееся психическими и телесными нарушениями (симптомами), меняющимися во времени, различными в начале, апогее и на спаде интоксикации.

Критерии острой интоксикации (опьянения) ПАВ по МКБ-10:

- очевидность недавнего употребления ПАВ в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию;
- признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного ПАВ и сопровождаться клинически значимым

¹ Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: <http://mkb-10.com> (дата обращения: 23.06.2024).

нарушением уровня сознания, познавательных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения;

– имеющиеся симптомы не могут быть объяснены соматическим заболеванием, не связанным с употреблением ПАВ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

В состоянии острой интоксикации возникают различного типа и глубины нарушения сознания: от сужения до различной степени помрачения. Возможен коллективный гипнотизм (при гашишизме), индивидуальное гипнотическое сознание, аутопсихическая дезориентировка, распад «Я».

Нарушения мышления определяются видом ПАВ и его дозой. Наиболее характерна кататимность мышления, снижение способности управлять активным вниманием, нарушение концентрации внимания, объективное снижение качества мышления, возможны бредовые идеи.

Расстройства восприятия выражаются обострением (при употреблении стимуляторов), избирательностью (опиаты), снижением (седативные препараты) и преобладают в зрительном, слуховом, тактильном и проприоцептивном анализаторах. Вкусовые и обонятельные нарушения встречаются редко. Характерна внушаемость этих переживаний, способность их направлять, «заказывать», кататимность отбора в восприятии.

Эмоциональные нарушения в состоянии острой интоксикации характеризуются протопатичностью эмоциональных переживаний, глубиной, что коррелирует с уровнем сознания. Наряду с этим каждому ПАВ свойственна специфическая структура эйфории.

Психические расстройства нередко доступны наблюдателю лишь частично, многие из них остаются в границах психики и о них можно судить только по рассказам пациента. В связи с этим различают субъективные (ощущаемые субъектом) и объективные (доступные регистрации со стороны) симптомы острой интоксикации.

Телесные (соматоневрологические) проявления острой интоксикации ПАВ представлены в основном вегетативной симптоматикой, характер которой определяется видом вещества и его дозой. При употреблении большинства ПАВ возникает расширение зрачков. Лишь при введении опиатов и некоторых психоделических препаратов отмечается миоз. Гипотермия и бледность кожных покровов типичны для состояний интоксикации опиатами и психоделическими средствами. Повышенная теплопродукция, гиперемия, пото-, сало-, слюноотделение отмечаются при употреблении алкоголя, седативных средств, холинолитиков. При острой интоксикации большинством ПАВ отмечается снижение аппетита и полидипсия или гипербулия на выходе из состояния интоксикации (особенно после гашишного опьянения). Во всех случаях, за исключением острой интоксикации стимуляторами, кодеином

и некоторыми психоделическими препаратами, нарушается моторика кишечника, снижается мышечный тонус, возбудимость, скорость и координация движений. При приеме всех ПАВ возникает тахикардия и подъем артериального давления, учащение дыхания.

Выход из состояния острой интоксикации ПАВ обычно в сон, но лишь опиаты дают хороший освежающий сон, во всех остальных случаях сон тяжелый, с чувством разбитости при просыпании. Только кокаин и стимуляторы в больших дозах сна не вызывают.

Значение употребления ПАВ, особенно алкоголя, как провоцирующего фактора при совершении противоправных действий общепризнано. Отечественные авторы единодушны в признании прямого воздействия употребления алкоголя на преступность. По статистике МВД России, за последние 10 лет из всех зарегистрированных преступлений до 40-55% совершались в состоянии алкогольного опьянения, причем этот показатель ежегодно увеличивается. Статистика российских СПЭ за последние 10 лет также показывает, что доля лиц, совершивших противоправные действия в состоянии алкогольного опьянения, колеблется от 22 до 34% среди общего числа лиц, подвергающихся СПЭ.

Общепризнанно, что не имеется достаточных оснований для признания лиц, совершивших правонарушения в состоянии простого алкогольного опьянения или непсихотических форм наркотического и токсического опьянения, невменяемыми. Это связано с тем, что в этих случаях сохраняется способность разбираться в ситуации, в действиях опьяневших лиц устанавливается связь с окружающими событиями. Имеет место лишь количественное усиление эмоционально-волевых проявлений без развития качественно иных психотических расстройств (бред, галлюцинации, расстроенное сознание). Поэтому простое алкогольное опьянение (в отличие от патологического), равно как и непсихотическое наркотическое и токсическое опьянения не могут рассматриваться в аспекте критериев невменяемости.

Статья 23 УК РФ: «Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности».

Действие ст. 23 УК РФ не распространяется на лиц, состояние которых в период совершения общественно опасного деяния было расценено как психотическое (интоксикационный психоз, психотические формы алкогольного и наркотического опьянения, патологическое алкогольное опьянение). В этих случаях такие лица должны признаваться невменяемыми.

В УК РСФСР 1960 г. наличие одурманивания алкоголем и наркотиками во время совершения правонарушения относилось к

отягчающих вину обстоятельствам (ст. 39); в действующем УК РФ одурманивание алкоголем и наркотиками не включено в перечень отягчающих вину обстоятельств.

Дифференциальная диагностика психотических и непсихотических форм алкогольного и наркотического опьянения, как правило, вызывает значительные затруднения. Наиболее надежным и достоверным дифференциально-диагностическим критерием психотической формы опьянения являются признаки помраченного (сумеречного, онейроидного и оглушенного, за исключением обнубиляции) или расстроенного (параноидного, галлюцинаторно-параноидного) сознания.

К основным, обязательным для дифференциальной диагностики признакам психотической формы опьянения относятся следующие:

- пространственно-временная дезориентировка;
- невозможность контакта и совместных действий с кем-либо;
- грубые деперсонализационные расстройства в виде чувства раздвоенности своего «Я» и страха сойти с ума;
- бредовые и галлюцинаторные переживания;
- витальный страх;
- расстройство внимания на уровне апрозексии (полного его выпадения);
- нарушение процессов мышления в сторону его ускорения, вплоть до скачки идей и бессвязности (инкогеренции);
- различные проявления синдрома психического автоматизма (от непроизвольности мыслей до их чуждости);
- эмоциональные нарушения, порой достигающие до степени экстаза, развернутой мании или дисфории с брутальным поведением.

К косвенным признакам опьянения психотического уровня относятся: кататимность расстройств восприятия, внушаемость, неспособность к активному вниманию, грубое, хотя и временное интеллектуальное снижение, эмоциональная слабость с легкой и частой сменой полярных эмоциональных состояний, двигательная расторможенность, суетливость, нецеленаправленность и автоматизм действий, безмотивность и жестокий характер противоправных деяний, последующий сон и забывание своих поступков. Признаки, отнесенные к косвенным, могут наблюдаться как при психотических, так и непсихотических формах опьянения. Они не имеют самостоятельного значения, и каждый по отдельности не является показателем психотического или непсихотического опьянения.

Экспертную оценку также затрудняет необходимость соотнесения психотического эпизода на фоне острой интоксикации ПАВ с моментом совершения общественно опасного деяния. Принципиальным при СПЭ является определение фазы развития состояния острой интоксикации, во время которой было совершено правонарушение. Пси-

хотическое состояние может охватывать не всю картину опьянения ПАВ, а быть лишь кратковременным эпизодом в его динамике. В связи с этим правонарушение может быть совершено как в психотической, так и в непсихотической фазе острой алкогольной или наркотической интоксикации.

Формулировка ст. 23 УК РФ находится в противоречии с традиционно используемым в практике СПЭ легализованным МКБ-10 диагнозом «патологическое опьянение». Данная статья исключает из медицинского критерия невменяемости само состояние алкогольного опьянения, не уточняя, что это не касается его психотических форм. Об этом сказано в комментариях к УК. Следовательно, диагностическая формула в виде «психотической формы опьянения» или «патологического опьянения» может использоваться в общемедицинской практике, но противоречит экспертному заключению о невменяемости в судебно-психиатрической практике. В этих случаях более уместной и адекватной УК является диагностическая формула в виде психопатологической синдромальной квалификации психического состояния (например, острая интоксикация с делирием, острая интоксикация с расстройствами восприятия).

При обнаружении на момент совершения общественно опасного деяния психотической формы острой интоксикации ПАВ выносится экспертное решение о *невменяемости* в соответствии с критерием временного расстройства психической деятельности.

Несмотря на то что состояние простого алкогольного и непсихотические формы наркотического опьянения *не исключают вменяемость, связанные с состоянием интоксикации психические расстройства не могут не оказывать влияния на поведение опьяневших лиц.* Даже при непсихотических формах опьянения могут наблюдаться разнообразные нарушения мышления и расстройства восприятия от сенестопатий до иллюзорных переживаний, нарушения мышления от изменения его темпа до утраты последовательности суждений, что свидетельствует о том, что эти лица не обладают полной способностью оценивать сохранность своего поведения и руководствоваться этой оценкой. Это ставит состояния острой интоксикации ПАВ в промежуточное положение между состояниями вменяемости и невменяемости, а значит предполагает возможность применения к ним ст. 22 УК РФ.

Вопрос о возможности и правомерности применения ст. 22 УК РФ к лицам, находившимся при совершении противоправного деяния в состоянии острой интоксикации ПАВ, неизменно *связан с изучением психопатологических состояний, которые возникают в очевидной и причинно-следственной связи с активным поведением лица.* Так, состояние алкогольного и наркотического опьянения, как правило, возникает вследствие произвольного приема соответствующего ПАВ,

причем произвольным является не только сам факт приема, но и доза, которая в значительной мере и определяет поведение лица.

Как известно, противоправные действия могут проявляться в двух формах – в виде умысла и неосторожности. Преступление является умышленным, если лицо, его совершившее, осознавало общественно опасный характер своих действий (или бездействия). Преступление квалифицируется как совершенное по неосторожности, если совершившее его лицо предвидело возможные социально негативные последствия своих действий, не имело умысла на их достижение, но не смогло или не пыталось их предотвратить. При СПЭ лиц, совершивших противоправные деяния как умышленно, так и по неосторожности, важно установить, осознавало ли данное лицо не только формальную сторону своих действий (их фактический характер), но и их общественную опасность, сохранялось ли у лица понимание того значения, которое имеет совершаемый им поступок как преступление. Применительно к лицам в состоянии алкогольного и наркотического опьянения это означает, что лицо, сознательно приводящее себя в состояние одурманивания, одновременно понимает возможные общественно опасные последствия этого поступка, а значит подлежит уголовной ответственности.

При решении вопроса о возможности применения ст. 22 УК РФ к лицам, находившимся в период инкриминируемого им деяния в состоянии опьянения ПАВ, должен проводиться тщательный анализ не только развивающихся в результате приема ПАВ психических расстройств, но и анализ обстоятельств, при которых возникло состояние опьянения:

- 1) произвольность приема ПАВ или приведение в состояние опьянения насильственным путем или путем обмана;
- 2) осведомленность лица о действии употребляемого ПАВ;
- 3) наличие или отсутствие предшествующего субъективного опыта употребления данного ПАВ, в том числе и с нежелательными последствиями;
- 4) связь приема ПАВ с какими-либо иными психическими расстройствами (например, патологическое влечение, депрессивное или гипоманиакальное состояние и т.д.).

Если лицо было приведено в состояние опьянения насильственным путем или путем обмана, если оно не было осведомлено о психофизическом действии данного ПАВ, не имело субъективного опыта его употребления или употребление было обусловлено атактическими или аддиктивными мотивами, то в этих случаях возможно применение ст. 22 УК РФ, поскольку не подлежит сомнению факт, что состояние одурманивания часто лишает опьяневшее лицо способности в полной

мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых им противоправных действий и руководить ими.

Если же употребление ПАВ было связано с культуральными и ситуационными факторами либо с гедонистическими мотивами, и субъект преступления был хорошо осведомлен, в том числе и по собственному опыту, о возможных последствиях этого употребления, то в данном случае применение к этому лицу ст. 22 УК РФ неправомерно.

Решение экспертных вопросов с обязательным учетом причинно-следственных связей возникновения острой интоксикации ПАВ не распространяется на лиц, состояние которых в период совершения общественно опасных действий было расценено как психотическое (острый интоксикационный психоз, психотические формы опьянения). Это в первую очередь связано с тем, что возникающее в этих случаях «болезненное состояние» не является прямым результатом самого факта употребления ПАВ. В его генезе принимают участие гораздо более сложные по сравнению с простыми, неосложненными формами острых интоксикации механизмы, в том числе и биологические. Это качественно иное болезненное состояние психической деятельности, которое требует и иной категориальной судебно-психиатрической оценки.

15.3. Алкогольное опьянение и его степени.

Отличие простого алкогольного опьянения от патологического

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. Алкоголизм отличается от бытового пьянства четко очерченными и биологически обусловленными признаками, хотя бытовое пьянство всегда предшествует алкоголизму. Бытовое пьянство, привычное злоупотребление алкоголем – это всегда нарушение личностью социально-этических правил. Вследствие этого в профилактике пьянства решающее значение имеют меры административно-правового и воспитательного характера. В отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое всегда требует применения активных мер медицинского характера, комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

В действии алкоголя на организм можно выделить две особенности – его непосредственное действие, вызывающее состояние опьянения, и систематическое злоупотребление, приводящее к болезни – алкоголизму.

При опьянении наблюдается ряд соматических, неврологических и психических расстройств, проявления которых меняются в зависимости от степени опьянения. В судебно-психиатрической практике принято различать простое алкогольное опьянение, которое отграничивают от патологического опьянения.

Простое алкогольное опьянение

Принято различать легкую, среднюю и тяжелую степень простого алкогольного опьянения.

При легкой степени типично:

- понижение порога восприятия;
- интеллектуальные процессы нарушаются: расстраивается внимание, реакции замедленны, мышление становится менее логичным, отмечаются ассоциации по созвучию;
- осмысление окружающего затруднено, критика снижена;
- настроение неустойчивое, часто повышенное, но могут иметь место вспыльчивость, раздражительность и злобность;
- координация движений нарушена, отмечается легкое нарушение речи.

При средней степени:

- резко нарушается внимание, оно становится отвлекаемым;
- отсутствует четкость и дифференцированность восприятия;
- интеллектуальные процессы протекают в более медленном темпе, мышление определяется случайными ассоциациями;
- оживляются примитивные влечения, особенно сексуальные;
- лица в состоянии средней стадии нередко бывают злобными, агрессивными;
- значительно нарушена координация движений, походка становится шаткой, речь – дизартричной.

Тяжелая степень опьянения выражается клинической картиной нарастающего оглушения. В дальнейшем возникает глубокий сон: опьяневший засыпает в неудобной позе и в неподходящих местах, могут наблюдаться непроизвольные мочеиспускания и дефекация, изредка судорожные подергивания мышц. Воспоминания о периоде опьянения, как правило, имеются, но иногда бывают отрывочными.

В коматозном состоянии, возникающем при тяжелой алкогольной интоксикации, необходимы срочные меры, направленные на быстрое удаление алкоголя из организма (промывание желудка, поддержание сердечно-сосудистой и дыхательных функций).

Особо тяжелые формы алкогольного отравления возникают при употреблении суррогатов алкоголя (спиртные напитки, изготовленные кустарным методом (самогон, чача и др.), косметические (одеколон, лосьон, элексиры) и лекарственные средства (настойки, растирки и

др.)). При отравлении суррогатами развиваются тяжелые формы опьянения, которые сопровождаются расстройством сознания, резким нарушением дыхания деятельности сердечно-сосудистой системы.

Во многих случаях, несмотря на выраженные признаки алкогольной интоксикации, пьяные, как правило, способны отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В тех же случаях особо тяжелого опьянения, когда очевидно теряется способность отдавать отчет в своих действиях, 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 и т.д. Заканчивается патологическое опьянение, как правило, внезапно,

также 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.

15.4. Зависимость от алкоголя, стадии развития и судебно-психиатрическая оценка

Под зависимостью от алкоголя или, как принято кратко называть, алкоголизмом следует понимать заболевание, при котором у больных возникает болезненное влечение к алкоголю и тесно связанное с ним потеря чувства меры, контроля, при котором у больных вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками появляются психические и соматические расстройства различной интенсивности, имеющие функциональный характер, постепенно переходящие в необратимые органические расстройства.

Алкоголизм – это тяжелое психическое заболевание, основанное на химической зависимости человека от алкоголя, при котором у человека развивается болезненное влечение к спиртным напиткам, принимающее навязчивый характер. 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 не критическим отношением к своему положению. Появляется склонность к шутовству, балагурству, причем содержанием этого

юмора как раз является то, что у здорового человека не может вызвать смех. 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.

Клинические проявления алкоголизма, их судебно-психиатрическая оценка

Синдром наркоманической зависимости складывается из симптомов патологического влечения к алкоголю, выносливости к алкоголю, утраты самоконтроля, абстинентных явлений.

Патологическое влечение к алкоголю представляет собой одно из наиболее ранних проявлений заболевания. Выделяют 2 типа влечения: obsessивный и compulsивный. Первый тип является выражением навязчивого стремления к употреблению алкоголя, возникает в самом начале заболевания и определяет формирование психической зависимости. Compulsивное влечение развивается позже, по мере выраженности достигает степени физиологической потребности (подобно чувству жажды и голода) и определяет физическую зависимость от алкоголя.

Сила и выраженность болезненного влечения к алкоголю могут проявляться различно у 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;
- функционального состояния ЦНС;
- социальной среды.

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.

Выносливость (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». Абсидентный 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)

Средняя стадия алкоголизма 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 сниже-

ние 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 л водки. Отмечается дальнейшее изменение картины алкогольного опьянения. Настроение в состоянии опьянения приобретает все более раздраженно-злой характер со склонностью к агрессии по отношению к окружающим. Утрата контроля за количеством потребляемого алкоголя возникает после приема самых малых доз спиртных напитков.

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 запой 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 существуют на фоне все более резкого изменения, 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 окружающими. 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 дальнейшими видоизменением и утяжелением симптомов предшествующих стадий алкоголизма и проявлением новой симптоматики.

III стадия формируется на отдаленных этапах течения алкогольной болезни. Наибольшее число больных приходится на возраст 35-45 лет, хотя в отдельных случаях при злокачественном течении алкоголизм может наблюдаться в возрасте свыше 50 лет. Такие случаи чрезвычайно редки в связи с укорочением средней продолжительности жизни больных алкоголизмом.

Влечение к алкоголю приобретает характер более умеренного, теряет тягостный характер, становится менее навязчивым. Насильственное влечение к алкоголю возникает в результате невыраженных, мелких по своей значимости психогенных факторов. Вместе с этим 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 выносливость 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 ни 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 л водки в первые дни запоя, то в конце запоя они снижаются до 100-150 мл в день. Такой запой вследствие физической непереносимости алкоголя заканчивается из-за рвоты или возникающих коллаптоидных состояний. 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.

Для целей криминологического исследования следует особо выделить такие черты алкоголиков, как подозрительность, недоверчивость, повышенная мнительность, готовность к болезненной фиксации ошибочных утверждений. В мотивационной сфере изменяется содержание потребностей и перестраивается иерархия мотивов. Алкоголь становится ведущим мотивом поведения.

Перестройка системы мотивов сопровождается возрастанием психической зависимости от алкоголя и нарушением структуры деятельности, которая все больше подчиняется необходимости приобрести 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.

В последнее время более распространенным стал алкоголизм среди женщин. Алкоголизм у женщин развивается более ускоренными темпами и более тяжелый по своим проявлениям, чем у мужчин. Патологическое влечение к алкоголю формируется уже в первые 1-2 года злоупотребления алкоголем, и в течение этого же времени выявляется физическая зависимость от спиртных напитков, т.е. абстинентный синдром. Алкогольное изменение личности у женщин выявляется более быстрыми темпами, сопровождаясь сексуальной распушенностью, социальной деградацией.

Дипсомания

Несмотря на разные точки зрения, большинство авторов в настоящее время рассматривают дипсоманию как проявление алкоголизма. Истинная дипсомания (запой) представляет собой редкое заболевание. Ее надо четко отграничивать от так называемой псевдодипсомании или ложного запоя – одного из обычных видов течения хронического алкоголизма, при котором привычное употребление спиртных напитков носит неравномерный характер в силу внешних обстоятельств. Истинная дипсомания никакой зависимости от подобных обстоятельств не имеет. Она характеризуется периодически возникающими непреодолимыми приступами болезненного влечения к алкоголю. Чаще всего состоянию запоя предшествует расстройство сна, чувство тревоги, они становятся озлобленными, раздражительными. У них отмечается полная потеря интереса к труду, общению с друзьями, близкими. Часто возникает чувство какого-то безотчетного волнения и страха.

Одним из характерных предвестников дипсоматического приступа могут явиться обонятельные галлюцинации в виде запаха водки и спиртных напитков.

Интересно отметить, что после запоя больные не испытывают ни малейшего влечения к алкоголю. Скорее можно отметить обратное – спиртные напитки вызывают у них чувство отвращения, они ведут трезвый образ жизни, искренне раскаиваются по поводу своих алкогольных эксцессов, осуждают свое поведение, уверены, что подобное больше не повторится. Но вот через несколько недель, месяцев, иногда даже лет опять возникают описанные выше состояния, неудержимо влекущие больного к алкоголю. Во время запойного приступа,

длящегося несколько дней, иногда недель, спиртные напитки поглощаются в огромных количествах, до нескольких литров в сутки. Больные почти ничего не едят, живут в полном смысле одной водкой. Если нет средств на ее приобретение, не останавливаются ни перед чем, идут на обман, воровство, пьют различные суррогаты, вплоть до денатурата и политуры. Приступ обычно резко обрывается внезапно наступающим отвращением к спиртному, чем он также отличается от ложных запоев хронических алкоголиков, у которых отмечается постепенное снижение количества употребляемых напитков – как бы постепенное затухание запоя.

15.5. Алкогольные психозы и их судебно-психиатрическая оценка

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 (опоях). Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности – травмы, острые инфекционные заболевания, психические стрессы, способствующие развитию психотической реакции со стороны измененной центральной нервной системы больных алкоголизмом.

Самые распространенные классификации алкогольных психозов предложены Н.Н. Иванцом, Н.Н. Жариковым, И.В. Стрельчуком.

Классификация алкогольных психозов, предложенная Н.Н. Иванцом:

1. Эпизодически протекающие (однократные):
 - 1) ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций;
 - 2) сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций.
2. Рецидивирующие:
 - 1) легко обратимые:
 - ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций;
 - сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций;

- 2) с тенденцией к затяжному течению:
 - шизоформные,
 - с развитием грубо органических состояний.
3. Затяжные:
 - 1) шизоформные
 - 2) с развитие грубо органических состояний

Основные формы психических заболеваний в соответствии с МКБ- 10, с которыми специалисты встречаются при проведении СПЭ:

Алкогольные психозы

1. Белая горячка. Алкогольный делирий
 - А. Алкогольный делирий типичный (классический)
 - Б. Алкогольный делирий abortивный
2. Алкогольные энцефалопатии
 - А. Корсаковский психоз алкогольный
 - Б. Энцефалопатия Гайе-Вернике алкогольная
3. Алкогольные галлюцинозы
 - А. Острый алкогольный галлюциноз
 - Б. Подострый алкогольный галлюциноз
 - В. Хронический алкогольный галлюциноз
4. Патологическое опьянение
5. Алкогольный бред ревности
6. Другие алкогольные психозы

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.

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 мучи-

телей 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.

Для их поведения характерно двигательное беспокойство. Полуголыми они могут выбежать на мороз и стоять там, уверяя, что их «вызвали». Больных трудно удержать на одном месте, уложить в кровать, они вскакивают, стремясь куда-то уйти.

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 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.

Протекает на фоне ясного сознания и сохранной ориентировки. В клинической картине отмечается явное преобладание слуховых галлюцинаций, в форме голосов – мужских, женских, детских. Реальность их полная. Чаще всего, не обращаясь 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.

Больные правильно ориентированы в месте и времени, доступны контакту, сохраняют воспоминания о своих переживаниях и поведении в психотическом состоянии.

Алкогольный параноид – 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 всего, 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 параноического 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.

Хронические формы алкогольной энцефалопатии

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 здороваётся с врачом или сестрой, так как стоит им выйти из палаты, как он уже не помнит, видел он их или нет, и поэтому вошедшие в нее снова через несколько минут являются для него впервые увиденными. В беседе он мгновенно забывает то, что сказал сам и услышал от других, и в силу этого способен помногу раз спрашивать об одном и том же и повторять уже сказанное. Пробелы памяти 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, во-первых, уже потому что сама эта нозологическая форма 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 дилириозными явлениями, эпилептиформные припадки, изменениями памяти по корсаковскому типу и неврологические расстройства: атоксия, 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.

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 начинает развиваться 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.

Судебно-психиатрическая оценка алкогольных психозов

Лица, совершившие общественно опасные деяния в состоянии алкогольного психоза, признаются невменяемыми. Среди всех экскультированных больных на долю лиц с алкогольными психозами приходится более 12%. Вследствие наблюдающейся в последние годы

тенденции к росту числа алкогольных психозов у больных алкоголизмом судебно-психиатрическое значение данной формы психической патологии становится еще более актуальным.

Чаще всего больные алкогольными психозами совершают общественно опасные деяния, направленные против жизни и здоровья, умышленное причинение тяжкого и средней тяжести вреда, а также правонарушения против общественной безопасности (хулиганские действия).

Существенно реже они привлекаются к уголовной ответственности за совершение краж.

Наибольшую общественную опасность представляют больные с алкогольными параноидами, а также лица с острым и подострым типами динамики психоза. Механизмы общественно опасного поведения чаще всего связаны с продуктивными расстройствами, либо значительно реже с негативными личностными изменениями. При этом продуктивно-психотические механизмы совершения общественно опасных деяний были больше свойственны больным острыми и подострыми формами психозов, а также больным алкогольным параноидом; негативно-личностные механизмы чаще встречались при хронических формах алкогольных психозов и при вербальных галлюцинозах.

При выборе мер медицинского характера необходимо учитывать степень общественной опасности больного, которая определяется как особенностями его психического состояния, так и характером совершенного общественно опасного деяния.

Больные алкогольными психозами представляют значительную опасность для общества. Это связано с аффективной насыщенностью бредовых переживаний, их стойкостью и направленностью на конкретных лиц, легким повторным обострением при возобновлении пьянства. Это тем более важно, что бредовые расстройства встречаются не только при алкогольных параноидах, но и в структуре других алкогольных психозов. Прогностически неблагоприятными являются усложнение клинической картины психоза от приступа к приступу, нарастание систематизации бреда, присоединение к слуховым галлюцинациям вкусовых и обонятельных. Почти все больные алкогольными психозами до совершения общественно опасного деяния в прошлом помещались в психиатрические или наркологические стационары для проведения антиалкогольной терапии. Результаты терапии были малоэффективными. У большинства больных отсутствует стойкая установка на трезвость, а значит, возможность возобновления пьянства и связанных с этим рецидивов заболевания остаются весьма вероятными. Немаловажное значение в формировании социальной опасности больных с алкогольными психозами играют длительность и тяжесть алкоголизма, свойственные этим больным явления алкоголь-

ной энцефалопатии, а также социальные установка больного, сформировавшиеся в преморбидном периоде, все эти факторы обуславливают особую социальную опасность данного контингента больных и являются основанием для направления их на принудительное лечение в психиатрические стационары специализированного типа с усиленным наблюдением.

15.6. Синдром зависимости от наркотических средств

Знание закономерностей формирования и развития химических зависимостей является центральным при рассмотрении общих вопросов наркологической патологии.

О сформировавшейся зависимости можно говорить только в случае наличия синдромов, которые проявляются в любое время, но в течение года:

- сверхценная значимость для индивида предмета зависимости;
- толерантность;
- повышение эмоционального фона и внутренних ощущений (чувство комфорта, эйфория);
- синдром отмены (абстинентный синдром) – различные негативные переживания и ощущения, дискомфорт вне интоксикации.

Для химических зависимостей характерно фазное течение с наличием в своей структуре нескольких поэтапно формирующихся синдромов¹:

- *синдром измененной реактивности* (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);
- *синдром психической зависимости* (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации);
- *синдром физической зависимости* (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Эти три синдрома, составляющие *большой наркоманический синдром*, отличают наркозависимого от здорового человека. Каждый из структурных элементов наркоманического синдрома варьирует в зависимости от формы наркомании.

Синдром измененной реактивности включает:

- *изменение формы потребления* (например, человек употреблял снотворные препараты с целью нормализации сна, а впоследствии он начинает употреблять снотворные для достижения состояния опьянения);

¹ Пятницкая И.Н., Н.Г. Найдёнова. Подростковая наркология. М. : Медицина, 2002. 256 с.

– *изменение толерантности*. Толерантность – это состояние адаптации к наркотикам, проявляющееся постоянным снижением реакции на прием обычных доз. В процессе развития болезни происходит рост толерантности, организм наркомана может переносить дозы наркотика, превышающие в несколько раз терапевтические и даже смертельные. Повышение толерантности ведет к увеличению доз и частоты приема наркотиков. На определенном этапе болезни толерантность достигает максимума и остается длительное время постоянной. В дальнейшем происходит снижение толерантности, и прием привычных доз приводит к передозировке, нередко с летальным исходом;

– *исчезновение защитных реакций* из-за того, что организм приспособился. При передозировке защитные реакции (тошнота, рвота, кожный зуд, обильный пот, икота, слюнотечение, резь в глазах) – это сигналы тревоги организма, которые возникают тогда, когда доза наркотика превысила безопасный предел;

– *изменение формы опьянения* проявляется в извращении эффектов наркотика. Например, снотворные вызывают возбуждение, кодеин не подавляет кашель.

Психическая зависимость характеризуется патологическим стремлением постоянно или периодически принимать наркотик. Больной стремится принимать наркотик, чтобы испытать приятные ощущения или снять явления дискомфорта.

Физическая зависимость (абстинентный синдром) состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление наркотиков, проявляющееся грубыми психическими и соматическими нарушениями при прекращении действия наркотика.

Клинические проявления, сроки формирования, продолжительность абстиненции различны при разных видах наркоманий.

Клинические формы расстройств,

связанных с потреблением психоактивных веществ

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, внесены в Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10)¹ в раздел F-10-F-19. А именно, расстройства психики и поведения, вызванные употреблением алкоголя (F-10), опиоидов (F-11); каннабиоидов (F-12); седативных или снотворных средств (F-13); кокаина (F-14); других психостимуляторов, включая кофеин (F-15); галлюциногенов (F-16); табака (F-17); летучих растворителей (F-18); сочетанного употребления наркотиков или использования других психоактивных веществ (F-19).

¹ Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL:<http://mkb-10.com> (дата обращения: 14.07.2025).

МКБ-10 определяет не только формы расстройств, связанных с потреблением психоактивных веществ, но и формулирует точные критерии для диагностики таких расстройств.

В настоящее время все большее распространение приобретают наркотики синтетического происхождения (синтетические опиоиды, психоделики, психостимуляторы, синтетические каннабиноиды).

Синтетические аналоги наркотических веществ или дизайнерские наркотики (от англ. to design – проектировать, разрабатывать) – психоактивные вещества, разрабатываемые с целью обхода действующего законодательства, синтетические заменители какого-либо натурального вещества, полностью воспроизводящие наркотические свойства последнего, либо близкие, но не идентичные по строению вещества, как обладающие, так и не обладающие сходной фармакологической активностью. Как правило, представляют собой аналоги или производные уже существующих наркотиков, созданные путём изменений различного характера в их химической структуре, реже – путём создания качественно новых препаратов, обладающих свойствами уже известных наркотиков¹.

Рассмотрим некоторые наиболее распространенные клинические формы наркоманий.

Расстройства психики и поведения, вызванные употреблением опиоидов (F-11).

Опиоиды – группа алкалоидов опийного мака и их производных натурального (части и сок опийного мака, морфин, кодеин, тебаин, наркотин), полусинтетического (героин, бупренорфин, оксикодон, этилморфин) и синтетического (метадон, буторфанол, трамадол, фентанил, промедол) происхождения, являющихся агонистами опиатных рецепторов головного мозга. Обеспечивают определенные психовегетативные эффекты: снижение порога болевой чувствительности, ряд эмоциональных переживаний, преимущественно позитивного характера, сонливость, вегетативные реакции (возбуждение центра блуждающего нерва и рвотного центра, угнетение перистальтики кишечника, температуры тела). Наиболее серьезным осложнением является угнетение дыхательного центра, если доза вещества превышает терапевтическую.

Алкалоиды опия и их синтетические аналоги также способны в высоких дозах вызывать сопор, кому и угнетение респираторных функций.

¹ Ретроспективное исследование случаев острой интоксикации синтетическими аналогами наркотических веществ (дизайнерскими наркотиками) в БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» / О.Д. Жевелик, Р.А. Работин, А.Ю. Судаков [и др.] // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2016. № 4(9).

Способы употребления: парентеральный (внутривенный, внутримышечный, подкожный); пероральный (через рот); ингаляционный (вдыхание, курение).

Клиника острой интоксикации имеет фазное течение. Первая фаза опиатного опьянения (эйфорическая) (первые 5 минут) характеризуется соматовегетативными проявлениями: резким сужением зрачка с вялой реакцией на свет (миоз), покраснением лица (гиперемия), сухостью во рту, зудом кожи; гиперпатией восприятия («все яркое», «блестящее»); парестезиями («воздушное покалывание») и сенестопатиями («ощущение поднимающейся вверх теплой волны»).

Вторая фаза опиатного опьянения (седативная) (продолжительность от 40 минут до 2 часов) характеризуется приподнятым настроением с экстатическим оттенком; сужением сознания, сосредоточенностью на внутренних телесных ощущениях; визуализированными представлениями; двигательной заторможенностью, гипокинезиями.

Третья фаза опиатного опьянения (сомнолентная) поверхностный сон продолжительностью от 2 до 3 часов.

Четвертая фаза опиатного опьянения (постинтоксикационное состояние) длится несколько часов и проявляется головной болью, тревогой, беспокойством, головокружением, тошнотой.

Клинические проявления наркомании при употреблении опиатов и их синтетических аналогов практически одинаковы и различаются лишь некоторыми особенностями абстинентного синдрома и сроками формирования зависимости.

При употреблении данных наркотиков достаточно быстро развивается толерантность, формируется психическая и физическая зависимость.

Расстройства психики и поведения, вызванные употреблением каннабиоидов (F-12).

Каннабиноиды – группа действующих веществ конопли (*Cannabis sativa*) натурального (фитоканнабиноиды) и синтетического (каннабимиметики – «спайсы», «миксы» и прочие курительные смеси, обычно, сложного состава), оказывающие психоактивное действие на организм человека путем стимуляции активного высвобождения нейромедиатора головного мозга дофамина.

В организме человека каннабиноиды рецепторы находятся:

- в головном мозге и центральной нервной системе. Отвечают за такие функции, как память, аппетит, настроение, координация движений и восприятие боли;

- преимущественно локализованы в периферической нервной системе, а также в иммунных клетках и тканях. Играют важную роль в регулировании воспалительных процессов, иммунного ответа и болевых ощущений.

Каннабиноиды делят на три основные группы:

- эндогенные – вырабатываются организмом человека и играют ключевую роль в поддержании гомеостаза;
- фитоканнабиноиды – натуральные соединения, содержащиеся в растении «марихуана» (тетрагидроканнабинол – ТГК, каннабидиол);
- синтетические – созданы в лабораторных условиях и обладают различными фармакологическими свойствами.

Синтетические каннабиноиды создаются путём химической модификации природных или синтеза новых соединений. Имитируют действие ТГК на каннабиноидные рецепторы, но могут быть в десятки или сотни раз сильнее и опаснее. Часто продаются под видом «спайса» и «курительных смесей».

Способы употребления: парентеральный (внутривенный); пероральный (через рот); ингаляционный (вдыхание, курение).

Клиника острой интоксикации имеет фазное течение и зависит от предварительной установки – «эффекта ожидания». Первая фаза опьянения наступает через 2-3 минуты, продолжительность 5-10 минут. Возникают выраженные вегетативные реакции (головокружение, сухость слизистых, мидриаз (расширение зрачка), гиперемия (покраснение) лица, чувство тепла и тяжести в конечностях) на фоне аффективных нарушений (настороженность, подозрительность, тревожность, пугливость, безотчетный страх).

Вторая фаза (эйфорическая) продолжается около 1 часа. Проявляется эйфорическим подъемом настроения с нелепым весельем, безудержным, неадекватным смехом. Возникают психосенсорные расстройства: нарушение схемы тела, иллюзорное восприятие, явления алло- и аутопсихической деперсонализации. Наблюдается ускорение темпа мышления и поверхностность ассоциаций; беспечность поступков, не критичность; симптом «замкнутого круга» (восприятие происходящего только в своей компании); феномен «эмоционального заражения» (эмитирую эмоции окружающих); нарушение координации движений, латентный нистагм; жажда, голод, расторможение влечений.

Третья фаза (психотическая) характеризуется нарушением сознания делириозно-онейроидного или сумеречного типов. Возникают тяжелые вегетативные проявления (головокружение, звон в ушах, тошнота, рвота, гипертермия, коллаптоидное состояние) и неврологические симптомы (анизогнозии, латеральный нистагм, мелкий тремор век, языка, рук).

Четвертая фаза опьянения – постинтоксикационная. Характеризуется вялостью, заторможенностью, беспокойным сном.

Острая интоксикация синтетическими каннабиноидами отличается, как правило, более тяжелым течением, с частым развитием

судорожных расстройств, рвотой, нарушением дыхания и сердечной деятельности.

Зависимость формируется в различные сроки от начала регулярных приемов наркотика. В ряде случаев это происходит в течение первых двух месяцев. Вначале развивается психическая зависимость, в дальнейшем происходит рост толерантности и формирование физической зависимости с абстинентным синдромом.

Расстройства психики и поведения, вызванные употреблением седативных или снотворных средств (F-13).

Седативно-снотворные препараты – постоянно пополняющийся перечень медикаментов, обладающих, помимо основного седативного эффекта, эйфоризирующим и, как следствие, наркогенным радикалом, объединенных по причине сходства эффектов, мишеней воздействия, и клинко-динамических особенностей развития зависимости в одну группу. В последние годы наблюдается рост злоупотребления и зависимости от ГАМК-миметиков¹, таких как GBL и BDO².

Способы употребления: парентеральный (внутривенный, внутримышечный, подкожный); пероральный (через рот); ингаляционный.

Клиника острой интоксикации снотворными и седативными средствами в целом напоминает алкогольное опьянение. Характерными чертами являются нарастающие заторможенность, сонливость, дискоординация движений. Аффективная сфера характеризуется эмоциональной лабильностью. Легкая степень привычной интоксикации может сопровождаться повышением настроения, эйфорией. Но веселье, чувство симпатии к собеседникам может легко переходить в гнев, агрессию по отношению к окружающим. Двигательная активность повышается, но движения беспорядочны, не координированы. Может усиливаться сексуальное влечение, повыситься аппетит.

Для острой интоксикации снотворными и седативными средствами средней и тяжелой степеней тяжести характерны грубые соматические и неврологические нарушения. Часто гиперсаливация, гиперемия склер. Часто отмечается своеобразная сальность кожных покровов. При нарастании степени интоксикации субъект засыпает, сон глубокий, брадикардия, гипотония. Зрачки расширены, реакция их на свет вялая, отмечаются нистагм, диплопия, дизартрия, угнетение поверхностных рефлексов и мышечного тонуса, атаксия. Могут наблюдаться непроизвольные дефекация, мочеиспускание.

¹ ГАМК-миметики – вещества, которые имитируют действие гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), основного тормозного нейромедиатора в мозге.

² GBL (гамма-бутиролактон) и BDO (1,4-бутандиол) – ГАМК-миметики, которые не являются лекарственными препаратами.

При тяжелой нарастает угнетение сознания, глубокий сон переходит в кому. Артериальное давление падает, пульс становится частым, поверхностным. Дыхание неглубокое, может приобретать характер патологического по типу Куссмауля или Чейн-Стокса. Кожные покровы становятся бледными, температура тела падает, исчезают глубокие рефлексy.

Для острой интоксикации ГАМК-миметиками (GBL, BDO), не являющихся лекарственными препаратами, применяемыми зависимыми пациентами с целью изменения своего психического состояния, характерна небольшая продолжительность (3-4 часа). Основную опасность представляет угнетение дыхания, выраженная брадикардия, возможное развитие судорожных расстройств и острой энцефалопатии.

Становление наркомании происходит быстро. Ежедневный прием терапевтической дозы в течение 4-6 недель приводит к увеличению толерантности (3-5-кратной), исчезновению защитных реакций на передозировку с последующим формированием психической зависимости, а через полгода систематического приема формированию и физической зависимости.

Расстройства психики и поведения, вызванные употреблением кокаина (F-14); других психостимуляторов, включая кофеин (F-15).

Стимуляторы (психостимуляторы) – группа психоактивных веществ, которые у здоровых людей активизируют психическую деятельность, устраняют психическую и физическую усталость, повышают стремление к деятельности, создают ощущение ясности ума и сообразительности, улучшают координацию движений и повышают уверенность в себе. Однако при постоянном употреблении все психостимуляторы вызывают сильнейшую зависимость.

К психостимуляторам относятся кустарно изготовленные первитин (метамфетамин) и эфедрон (меткатинон), изготавливаемые из эфедринсодержащих препаратов. Большое распространение в последние годы получили меткатиноны МДПВ¹ и мефедрон (4-метилметкатинон), которые известны как «соли», «кристаллы», «скорость (speed)» и пр. Список психостимуляторов постоянно пополняется за счет разработки дизайнерских разновидностей (близких, но не идентичных по строению веществ, обладающих, сходными психотропными эффектами).

Способы употребления: парентеральный (внутривенный); пероральный (через рот); ингаляционный (вдыхание, курение).

Клиника острой интоксикации проявляется эмоциональным подъемом, ощущение прилива энергии, повышением умственной

¹ МДПВ (MDPV) – метилендиоксипировалерон, психоактивное вещество со стимулирующими свойствами класса катиноны.

активности. Значительно увеличивается период бодрствования, физическая выносливость, половое влечение. Снижается потребность во сне, в еде. Наблюдается повышение артериального давления, аритмия, расширение зрачков, тремор, судорожные подергивания мышц. При передозировке возможны психозы в виде параноида.

Злоупотребление веществами этой группы носит циклический характер: многократный постоянный прием в течение 3-5 суток. В данный период не спят, не принимают пищу. Зетам в течение суток и более спят. После пробуждения испытывают резкую слабость, разбитость. Возникают психотические расстройства в форме тревоги, страха обманов восприятия, апатии.

Зависимость от психостимуляторов возникает быстро, уже через 2-3 недели нерегулярного приема внутрь и через 3-5 недель внутривенных инъекций формируются психическая и физическая зависимости. Абстинентный синдром характеризуется: вялостью, замедлением реакций, раздражительностью. Настроение обычно снижено, но вместе с этим наркоманы тревожны, насторожены, пугаются громких звуков или даже негромких, если они прозвучали в тишине. Возможно развитие устрашающих галлюцинаций и бреда преследования.

Современные синтетические психостимуляторы дают психотические формы опьянения при первых пробах вещества.

Расстройства психики и поведения, вызванные употреблением галлюциногенов (F-16).

Галлюциногены (психомиметики, психодислептики) – разнородная группа психоактивных веществ естественного (мескалин, псилоцибин, буфотарин, сальвинорин, ибогаин и пр.) и искусственного происхождения (LSD¹, PCP², кетамин и пр.), изменяющие психические функции (сознание, восприятие, эмоции, мысли).

Исходя из особенностей интоксикации подразделяются на серотонинергические (LSD, DMT³, мескалин, псилоцибин, сальвинорин и др.), антихолинергические (скополамин, атропин и прочие препараты с холинолитическим действием), диссоциативные анестетики (PCP, кетамин), психоделики амфетаминового класса (DOM, DOET⁴ MDA⁵ и др.). К данной группе, достаточно условно, можно отнести активно распространяющиеся в последние годы так называемые эмпагогены,

¹ LSD – аббревиатура, полученная в результате сокращения химического названия диэтиламида лизергиновой кислоты (Lysergsäurediethylamid).

² PCP – 1-(1-фенилциклогекси́л)-пиперидин, другое название – фенциклидин.

³ DMT (ДМТ) – диметилтриптамин, или N,N-диметилтриптамин.

⁴ DOM, DOET – 2,5-диметокси-4-метиламфетамин.

⁵ MDA – 3,4-метилendioксиамфетамина.

облегчающие контакты с окружающими людьми, снижающие чувство неловкости, страха, улучшающие настроение.

Способы употребления: парентеральный (внутривенный); пероральный (через рот); ингаляционный (вдыхание, курение).

Клиника острой интоксикации галлюциногенами характеризуется развитием психоза, по типу онейроида или делирия.

Нарушается восприятие времени, схемы тела. Возникает частая смена противоположных аффектов, от эйфории до подозрительности или дисфории. Исчезает критика к своему состоянию. Наиболее грубые расстройства наблюдаются в сфере восприятия. В первую очередь это касается зрительных нарушений. Мир становится более ярким, предметы окрашенными в необычные цвета, или в один цвет. Очертания предметов расплываются или, напротив, приобретают четкие границы, предметы могут быть окружены своеобразным ореолом («аурой»). Характерны зрительные галлюцинации, как элементарные, так и сценopodobные. Обманы восприятия чаще носят характер истинных, но могут быть и псевдогаллюцинации. Гораздо реже наблюдаются слуховые галлюцинации, совсем редко – вкусовые, тактильные и обонятельные иллюзии и галлюцинации.

Для интоксикации LSD и другими психодислептиками очень характерны метаморфозии, а также дереализация и деперсонализация. Психотическое состояние сопровождается тошнотой, потливостью, покраснением лица, чувством жара или холода. Характерен мидриаз (расширение зрачков).

При острой интоксикации препаратами с холинолитическим действием наблюдаются головные боли, атаксия, тремор, чувство онемения конечностей, парестезии, тахикардия, артериальная гипертензия, сухость во рту.

Чаще всего галлюциногены с немедицинской целью используются эпизодически, и зависимость от них по сравнению с другими наркоманиями встречается относительно редко. Пристрастие формируется при регулярном употреблении и проявляется в первую очередь психической зависимостью. После более или менее длительного периода приема галлюциногенов отмечается переход на употребление других психоактивных веществ. Резкое прекращение регулярного употребления приводит к развитию абстинентных расстройств с тревогой, страхом, злобно-тоскливым настроением, мышечными и суставными болями. При употреблении больших доз галлюциногена развивается психоорганический синдром в виде нарушений памяти, внимания, сообразительности.

15.7. Токсикомании

Состояния острой или хронической интоксикации, вызываемой повторяющимся употреблением натуральных или синтетических токсических веществ (некоторые лекарственные препараты, бытовые и промышленные яды).

Зависимость от летучих растворителей (ингалянтов). Первые нюхальщики паров бензина и клея были замечены в начале 1960-х гг. в США. На территории России они появились в середине 1970-х гг. и к началу 1990-х отмечались повсеместно. В последние 10 лет наблюдается некоторый спад в злоупотреблении летучими наркотическими веществами за счет наводнения внутреннего рынка героином.

В периоды «эпидемий» многие подростки по примеру сверстников пытаются вдыхать ингалянты, но регулярными нюхальщиками становятся немногие. О формирующейся зависимости говорит переход от группового употребления ингалянта к одиночному, увеличение дозы, ежедневные многочасовые ингаляции, повторные ингаляции в течение дня, прекращение попыток скрыть от окружающих употребление наркотика.

На фоне формирования ритма наркотизации и стабилизации толерантности больные могут постоянно поддерживать желаемую глубину опьянения, контролируют из него выход. В состоянии интоксикации уменьшаются атаксия и психосенсорные нарушения, в опьянении появляется возможность целенаправленной и координированной двигательной активности. Галлюцинации становятся все более управляемыми, подростки заказывают себе полубившиеся галлюцинаторные сюжеты. Окончание интоксикации не сопровождается токсическими симптомами (тошнота, рвота). Примерно через полгода систематического приема ингалянта развивается абстинентный синдром в виде раздражительности, подавленного настроения, тяжелой головной боли, неврологических расстройств (нистагм, тремор век и пальцев рук, судорожные подергивания отдельных мышц), двигательного возбуждения, мышечных болей, парестезий, психосенсорных расстройств. Однако факт развития физической зависимости при употреблении ингалянтов не является общепризнанным. Это связано с тем, что достаточно быстро вслед за психической зависимостью (первая стадия наркомании) появляются психоорганические расстройства как основное проявление третьей стадии зависимости.

Уже на первых этапах формирования зависимости нарушается контроль поведения, начинаются побег из дома, прогулы работы и учебы, усиливаются антисоциальные тенденции. Быстро формируется интеллектуальное снижение, обеднение психической деятельности, аффективные нарушения, свидетельствующие о формировании токсич-

ческой энцефалопатии. Больные становятся апатичными, мрачными, отмечается готовность к агрессивным вспышкам, утрачивается привязанность к близким.

Течение зависимости высокопрогредиентное. Об этом свидетельствуют быстрое становление систематического ритма наркотизации, формирование патологического влечения уже после нескольких вдохований, резкий рост толерантности, формирование грубого психоорганического дефекта вплоть до инвалидизации уже через 1,5-2 года систематического злоупотребления, выраженные неврологические расстройства (спонтанный нистагм, пошатывание походки, мышечный тремор, церебрастенические проявления) и органичная патология (поражения печени, почек и сердца, лейкопения).

15.8 судебно-психиатрическая оценка лиц с синдромом зависимости от психоактивных веществ

Лица с синдромом зависимости от ПАВ часто встречаются в судебно-психиатрической практике, поскольку их поведение во многих случаях имеет антиобщественную направленность и, следовательно, данный контингент больных представляет повышенную криминогенную опасность.

Судебно-психиатрическая оценка лиц с синдромом зависимости от ПАВ не вызывает трудностей. Имеющиеся у них психические расстройства, как правило, не лишают их способности понимать значение своих действий и руководить ими. Такие лица обычно признаются вменяемыми. Исключение составляют больные, у которых наркологическое заболевание сочетается с другими органическими поражениями головного мозга (травматическими, сосудистыми и др.) и сопровождается выраженным слабоумием.

*Судебно-психиатрическая экспертиза лица, в отношении которого
есть основания предполагать наличие психических расстройств
и расстройств поведения, связанных (вызванных) с употреблением
наркотических веществ (наркомании)*

Для решения вопросов, связанных с диагностикой наркомании, требуются специальные знания и, следовательно, в силу требований ст. 57 и 195 УПК РФ, – проведение экспертизы. Порядок назначения и производства судебных экспертиз по уголовным делам регламентирован нормами УПК РФ и Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Ряд положений, относящихся к судебным экспертизам медицинского профиля, содержится в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации». Перечисленные законодательные акты, а также принятые в соответствии с ними подзаконные нормативные документы не предусматривают возможности организации государственной судебно-экспертной деятельности в наркологических учреждениях. Специальность судебного эксперта-нарколога также отсутствует. Поэтому для решения специальных вопросов, связанных с отсрочкой отбывания наказания, в порядке применения ст. 82.1. УК РФ и 178.1 УИК РФ назначается судебно-психиатрическая экспертиза для определения наличия (отсутствия) у лица диагноза «наркомания», а также нет ли медицинских противопоказаний для проведения лечения от такого заболевания и сроки, необходимые для проведения курса лечения конкретного больного от наркомании и его реабилитации (в соответствии с постановлением Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 30 июня 2015 г. № 30 «О внесении изменений в постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 15 июня 2006 г. № 14 «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами», где указано, что суд устанавливает наличие (отсутствие) у лица заболевания наркоманией на основании содержащегося в материалах дела заключения эксперта по результатам судебно-психиатрической экспертизы, проведенной согласно пункту 3 статьи 196 УПК РФ). Таким образом, указанный порядок исключает ранее существовавшую практику назначения *так называемой «наркологической экспертизы», то есть по уголовным делам в случаях, когда имеются основания полагать, что подозреваемый или обвиняемый является больным наркоманией (п.3.2. ст. 196 УПК РФ) должна назначаться судебно-психиатрическая экспертиза с постановкой вопросов по ст. 21 УК РФ (определение наличия психического расстройства и способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий)*. С учетом требований ч. 1 ст. 82.1 УК РФ (отсрочка отбывания наказания больным наркоманией) при назначении судебно-психиатрической экспертизы лицу, совершившему впервые преступление, предусмотренное ч. 1 ст. 228, ч. 1 ст. 231 и ст. 233 УК РФ перед врачами судебно-психиатрическими экспертами, кроме вопросов по ст. 21 УК РФ (вменяемость), необходимо дополнительно поставить следующие вопросы:

1. Если у Ф.И.О. признаки заболевания (диагноза) «наркомания»?
2. В случае, если у Ф.И.О. есть заболевание наркомания, то нуждается ли он в лечении и реабилитации по поводу данного заболевания?

3. В случае, если Ф.И.О. нуждается в лечении и реабилитации по поводу наркомании, то нет ли медицинских противопоказаний для проведения лечения и реабилитации?

4. В случае, если Ф.И.О. нуждается в лечении и реабилитации по поводу наркомании, какие сроки необходимы для проведения курса лечения и реабилитации?

При привлечении к уголовной ответственности лица, страдающего наркоманией при обвинении по другим основаниям, указанные вопросы не имеют юридической значимости и будут избыточны при формировании экспертного задания. Наркомания (синдром зависимости по МКБ-10) – зависимость от веществ, отнесенных к наркотикам в соответствии с действующим на момент проведения экспертизы «Перечнем наркотических средств и психотропных веществ», который утверждается Правительством Российской Федерации. Зависимость от иных психоактивных веществ (ПАВ), не включенных в указанный перечень, к наркоманиям не относится. При установлении факта диспансерного наблюдения (учета) у врача психиатра-нарколога с диагнозом, входящих в рубрику «психические расстройства и расстройства поведения, связанные (вызванные) употреблением психоактивных веществ» в соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10) назначение судебно-психиатрической экспертизы с постановкой вопросов по ст. 21 УК РФ является необходимым. Целесообразность назначения судебно-психиатрической экспертизы обусловлена тем, что за «фасадом» наркологической патологии в ряде случаев может скрываться другое психическое расстройство, например, расстройство личности, органическое расстройство личности, биполярное аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство и т.д. Данные психические расстройства могут существенно влиять на способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения по делу и давать по ним показания. Употребляемые наркотические средства синтетического происхождения курят или употребляют внутрь, при уже сформированной зависимости (наркомании), которые помогли бы вынести экспертное заключение (например, наличия характерных следов от внутривенных инъекций при героиновой наркомании). От подэкспертного в экспертных условиях обычно удастся получить данные, необходимые для диагностики наркомании. Подэкспертный может исказить (преуменьшить) сведения об употреблении им наркотиков, причем иногда до такой степени, что решить вопрос о том, страдает он или нет зависимостью от наркотиков, не представляется возможным. Не исключен противоположный вариант, при котором обследуемый с целью избежать наказания и пребывания в местах лишения свободы

симулирует симптомы заболевания. Поэтому для всестороннего обследования при проведении судебно-психиатрической экспертизы и дачи экспертного заключения по вышеозначенным вопросам необходимо предоставлять на подэкспертного всю имеющуюся медицинскую документацию или документы для исследования (при наличии таковых) из медицинских учреждений, оказывающих наркологическую помощь (в Красноярском крае это КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1» в г. Красноярске и его структурное подразделение в г. Ачинске, кроме того филиалы КГБУЗ ККПНД № 1 в г. Лесосибирске, Канске, Минусинске, ЦГБ и ЦРБ, имеющие амбулаторные наркологические кабинеты в районах края) и дополнительный характеризующий материал:

1. Оригинал или заверенную надлежащим образом копию медицинской карты амбулаторного больного.
2. Оригинал или заверенную надлежащим образом копию медицинской карты стационарного больного (при неоднократных госпитализациях – оригиналы или заверенные надлежащим образом копии).
3. Копии актов и/или протоколов медицинского освидетельствования на состояние опьянения (если таковое проводилось).
4. Данные об административных правонарушениях.
5. Бытовую характеристику.
6. Производственную характеристику.
7. Характеристику с места учебы.

Важные для диагностики наркомании сведения могут быть представлены другими, не наркологического профиля медицинскими организациями, оказывающими помощь подэкспертному (например, в связи с купированием состояний, вызванных передозировкой наркотиками).

Необходимые сведения могут содержаться также в приобщенных к делу протоколах допросов лиц из ближайшего окружения подэкспертного и протоколах допросов самого подэкспертного (рекомендуемые опросники по сбору сведений (информации), необходимой для проведения судебно-психиатрической экспертизы в приложении № 1).

Отсутствие указанных материалов не позволит судебно-психиатрическому эксперту провести судебно-психиатрическую экспертизу и ответить на поставленные вопросы.

ГЛАВА 16. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ

Эмоциональный стресс, особенно длительный и интенсивный, может вызывать психические нарушения, такие как неврозы. Неврозы традиционно относят к пограничным психическим расстройствам. При этой патологии нет нарушений восприятия, т.е. лица с подобными расстройствами правильно отражают окружающий мир. Сбой происходит на этапе обработки информации, однако нарушения мышления не столь значительны как при психозах и не лишают этих граждан способности правильно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий).

У больных неврозами есть проблемы с волевой регуляцией своего поведения, но крайне редко они достигают такого уровня, который бы лишил человека возможности руководить своими действиями в юридически значимой ситуации.

16.1. Неврозы и их судебно-психиатрическая оценка

Невроз развивается как результат взаимодействия двух факторов – личности и окружающей среды. Болезненная реакция возникает, если личность не справляется с задачами, которые ставит перед ней социум. Самая сущность невроза таким образом предполагает несоответствие между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений.

Развитию неврозов способствует врожденные особенности нервной системы, а также ослабление организма вследствие каких-нибудь физических заболеваний.

Неврозы очень распространены в современной популяции, особенно в мегаполисах. И в связи с увеличением темпа жизни, ростом информационных нагрузок этих болезней становится все больше. Но многие пациенты не попадают в поле зрения врачей, так как относительно неплохо сохраняют свою трудоспособность и не имеют достаточно психологической культуры, чтобы обратиться к профессионалам и повысить свое качество жизни.

Многообразие клинических проявлений неврозов хорошо описано в отечественной и зарубежной литературе. По ведущим признакам и механизму развития заболевания к основным видам неврозов принято относить неврастению, истерию, навязчивые состояния.

Неврастения в обобщенном виде характеризуется, выражаясь словами одного из первых ее исследователей Н. Bird, сказанными в

конце прошлого столетия, «легкой возбудимостью и быстрой истощаемостью нервных функций». Дословно этот термин означает «нервная слабость».

Основная причина развития неврастения – переутомление 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. С физиологической точки зрения принято считать, что неврастения определяется слабостью процессов внутреннего торможения или же ослаблением раздражительного процесса в центральной нервной системе. Заболевание может возникнуть у людей с различным типом нервной деятельности, чаще при слабом типе, реже при сильном. Протекает болезнь неровно, периодически наступает ремиссия или ухудшение в зависимости от внешних условий или соматических заболеваний.

Больной начинает замечать не свойственную ему быструю утомляемость, затруднения при работе, требующей сосредоточения внимания и усидчивости, потерю спокойствия и внутренней уравновешенности. Появляется повышенная раздражительность. Он может из-за пустяка нагрубить, а потом, успокоившись, сожалеет, что «вышел из себя». У таких больных утрачивается соответствие между силой раздражителя (незначительная неприятность) и интенсивностью реакции (выраженная аффективная вспышка). Усталость и одновременно нервное возбуждение лишают человека четкости и свежести мысли, что необходимо для продуктивной и целенаправленной деятельности. Такие больные ранимы, крайне чувствительны к обидам, плохо переносят сильные раздражители (яркий свет и шум).

Больной 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 психическим.

Как и при других видах неврозов, при неврастении расстраивается сон. Здоровому человеку, ложащемуся в кровать после рабочего дня, свойственно спокойное состояние. Больным же овладевает множество мыслей, связанных с его работой, с взаимоотношениями с окружающими. Сон у него недостаточно глубокий, беспокоят тревожные сновидения, ему не хочется вставать, он вял, плохо себя чувствует, в течение дня сонливость мешает нормально работать. Однако к вечеру состояние выравнивается, появляется даже бодрость, и снова до глубокой ночи человек не может уснуть. Такой ритм сна объясняется тем, что тормозное состояние мозга после ночного сна долго не рассеивается, также как и возникшее возбуждение (в результате работы, выполняемой «через силу») сохраняется гораздо дольше, чем у здорового человека.

Почти постоянным спутником неврастения является головная боль. Наряду с этим пациент отмечает неприятные ощущения во внутренних органах, прежде всего в сердце, а также в желудке, кишечнике, печени и т.д., потому что сигналы, поступающие из внутренних органов в кору головного мозга, не «затормаживаются» подкорковыми структурами мозга должным образом и вызывают состояние дискомфорта.

Бодрый, веселый, жизнерадостный человек, заболевая неврастением, становится унылым, малообщительным, мнительным, у него появляется усталая, расслабленная походка. Волнение и удрученность вызывают сердцебиение, частый пульс, сопровождаемые дрожью, обильной потливостью, головокружением; могут наблюдаться приступы удушья, учащенное или затрудненное дыхание; запор, снижение аппетита, нередко учащенное мочеиспускание. Часто неврастения сопровождается различными нарушениями половой функции, которые из-за мнительности больных вызывают у них сильную тревогу и еще более ухудшают общее состояние.

Истерический невроз. Название этого невроза происходит от греческого слова «hystera» (матка), врачи древнего мира были убеждены, что матка может смещаться с привычного места и путешествовать по организму, вызывая различные расстройства здоровья. Долгое время бытовало мнение, что истерией страдают только женщины. Сегодня подобная точка зрения представляет только исторический

интерес, истерией болеют и женщины, и мужчины. У женщин истерический невроз чаще проявляется в виде сенсорных и двигательных нарушений, это более заметно окружающими. Мужчины же чаще демонстрируют вегетативные проявления истерии, которые не всегда правильно квалифицируют и нередко принимают за симптомы соматических или неврологических болезней.

Истерия может начаться в детстве, но чаще болезнь впервые проявляется в 16-25-летнем возрасте. Протекает она различно в зависимости от индивидуальных особенностей организма, у некоторых больных все симптомы проходят с наступлением периода зрелости, а у других сохраняются на долгие годы. Под влиянием неблагоприятных жизненных ситуаций истерические проявления обычно усиливаются, если же нет травмирующих нервную систему обстоятельств, а также благодаря лечению болезнь значительно ослабевает и практически не мешает человеку жить и работать.

Обычно человек, страдающий истерическим неврозом, стремится привлечь внимание окружающих и с этой целью изображает себя несчастным, обиженным или, наоборот, превозносит собственные заслуги. При этом можно отметить демонстративность, театральность, а нередко и фальшивость в поведении такого человека, он как бы постоянно «играет» придуманную им самим роль. П.Б. Ганнушкин (1934) писал, что в балансе психической жизни людей, страдающих истерией, первостепенную роль играют внешние впечатления, человек «не углублен в свои внутренние переживания (как это делает хотя бы психастеник), он ни на минуту не забывает происходящего кругом, но его реакция на окружающее является крайне своеобразной и прежде всего избирательной». Для больного истерией реальный мир «приобретает своеобразные, причудливые очертания; объективный критерий для него утрачен и это часто дает повод окружающим обвинять истеричного в лучшем случае во лжи и притворстве».

Истерию называли раньше «великой притворщицей», «великой симулянткой», имея в виду не преднамеренную симуляцию, а невольное, неосознанное подражание окружающим. Человек, страдающий истерией, легко подвергается внушению, по сути, он не в состоянии воспринимать разницу между фантазией и действительностью. Под влиянием сильных впечатлений у него некоторые мыслительные образы, принимая патологическую яркость, превращаются в ощущения, вытесняя иногда из сознания окружающую реальность.

Истерический невроз проявляется тремя группами симптомов:

1. Вегетативные расстройства: обмороки, вегетативные кризы с учащенным сердцебиением, головокружением, тошнотой, спазмами в желудке и т.д. Как правило, в эти моменты больные находятся в

обществе и требуют неотложной медицинской помощи, сопровождая симптомы утверждениями «я умираю».

2. Двигательные нарушения в виде гиперкинезов – непроизвольных движений по типу вздрагиваний, дрожи в теле, подергиваний головы, конечностей. Реже бывают истерические параличи. Истерический паралич обычно является ответом на какое-то неприятное переживание. Парализуется одна или обе (очень редко все) конечности. Значительно чаще развиваются контрактуры рук или ног: отдельные пальцы неподвижно застывают в неестественном, «странном» положении. Отмечается своеобразное нарушение способности стоять и ходить: в постели больной активно выполняет все движения, но, становясь на ноги, падает, «как подкошенный». В этом наглядно проявляется характерная для истерии тенденция больных не преодолевать возникшее у них нарушение (например, «паралич»), а даже подчеркивать его. Обычно они часто противятся попытке врача согнуть или разогнуть их «парализованные» конечности.

3. Сенсорные нарушения: расстройства чувствительности – выпадают все виды чувствительности (болевая, температурная, тактильная) на всем теле или на отдельных участках. В иных случаях наблюдаются болевые ощущения в различных частях тела. От волнения больные истерией могут временно терять речь, слепнуть (истерическая глухота, истерическая слепота).

Кроме вышеперечисленных признаков, на фоне психотравмирующих событий у таких людей могут развиваться судороги конечностей, летаргический сон. А также возникают истерические припадки, которые, как правило, начинаются с громкого плача, крика, хохота, их сменяет двигательное возбуждение и отдельные судорожные 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. На высоте истерического припадка у больного сужается сознание и резко снижается внимание, что в ряде случаев ведет к кратковременной потере памяти.

В современных условиях подобные припадки крайне редки. Обычно больные, особенно мужчины, демонстрируют подобие гипертонического криза или сердечного приступа.

Невроз навязчивых состояний. Для этого невроза характерно появление навязчивых мыслей, воспоминаний страхов, желаний, нелепость и нереальность которых больные понимают, но избавиться, «отвязаться» от них не могут. С некоторой долей условности различают навязчивости:

- идеаторные: навязчивые мысли, навязчивый счет, перечисления и т.д. Больной часами может размышлять о каких-то абстрактных

философских проблемах (умственная жвачка), сознавая ненужность этих мыслей для него лично.

- фобии: самые распространенные страхи – страх смерти, клаустрофобия (закрытого пространства), страх высоты (акрофобия), страх заразиться микробами (мизофобия). В настоящее время описано более 500 страхов. Иногда они серьезно мешают больному человеку жить и работать. Например, агорафобия (страх открытого пространства) способна посадить человека под домашний арест. Больной боится выйти из дома из-за страха, что на улице ему станет плохо с сердцем, резко поднимется давление, и он умрет. Боязнь покраснеть при людях приводит к замкнутости, ограничению социальных контактов. Страх заболеть неизлечимым заболеванием толкает пациента на многочисленные медицинские исследования. Защищаясь от собственных страхов (и полностью осознавая их нелепость), больные иногда придумывают ритуалы – ряд специальных действий. Например, поднимаясь по лестнице, «чтобы не упасть и не сломать ногу», через каждые три ступеньки человек останавливается и производит своеобразный «ритуальный обряд» – два раза подпрыгивает на одной ноге.

- двигательные (компульсии) – навязчивые движения, например, мытье рук в течение нескольких часов, выдергивание волос, откусывание ногтей и т.д.

Судебно-психиатрическая оценка: больные неврозами сохраняют способность адекватно отражать окружающую реальность, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими. Однако наличие психопатологии следует учитывать и назначать этим лицам комплексную психолого-психиатрическую экспертизу для решения вопросов в рамках ст. 22 УК РФ.

16.2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и его судебно-психиатрическая оценка

Посттравматический стрессовый синдром, или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способная вызвать психические нарушения практически у любого человека (И.Г. Малкина-Пых, 2005).

Особенностью ПТСР является то, что симптомы заболевания возникают после устранения стрессора, когда вокруг человека, ранее психотравмированного, уже спокойная, привычная жизнь, это может произойти через несколько месяцев (обычно не более 6) после пережитой травмы.

ПТСР возникает после того, как пострадавший пережил критический инцидент. Определение критического инцидента, впервые было дано американским исследователем Дж. Митчелом (1991).

«Критический инцидент» – это всякая встречающаяся в жизни ситуация, вызывающая необычайно сильные эмоциональные реакции, которые могут отрицательно повлиять на исполнение обязанностей либо непосредственно на месте событий, либо позже.

Как пишет И.О. Котенев, к критическим инцидентам относят такие, и только такие события, которые подвергают человека физической (и/или психологической) опасности и способны вызвать отрицательные психологические последствия, требующие принятия специальных мер по оказанию помощи их участникам или очевидцам.

Было выделено четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс:

- 1) человек осознает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
- 2) это состояние обусловлено внешними причинами;
- 3) пережитое разрушает привычный образ жизни;
- 4) происшедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

В общем виде критический инцидент определяется как «травматические события, выходящие за рамки обычного человеческого 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».

Вероятность того, что стрессор вызовет расстройство, зависит от его внезапности, непредсказуемости, длительности, повторяемости, от физического ущерба, от того, насколько он угрожает жизни, способствует изоляции, вступает в конфликт с представлением о своем «Я», унижает достоинство. Ни одна из психологических травм, даже очень интенсивная по своему характеру не способна вызвать ПТСР абсолютно у всех людей, и наоборот, некоторые умеренно травматичные события иногда могут привести к развитию ПТСР, здесь немало важную роль играет индивидуальное восприятие стрессора, которое не менее важно, чем его «объективная» стрессогенность.

Существенное значение для развития и течения ПТСР имеют и посттравматические факторы. Например, при ПТСР вследствие боевых действий чаще всего такими факторами являются: не востребованность в обществе людей с военным опытом, не популярность войны и ее участников, отсутствие взаимопонимания между участниками боевых действий и остальными гражданами.

Клинические проявления. Существуют три варианта развития ПТСР.

1. Острое ПТСР диагностируют, когда симптомы возникают в пределах 6 месяцев после перенесенной травмы и сохраняются не более 6 месяцев.

2. Хроническое ПТСР, когда симптомы также как при остром ПТСР возникают в пределах 6 месяцев, но сохраняются на длительный срок.

3. Отсроченное ПТСР, характеризующиеся появлением симптомов после латентного периода (месяцы, годы) и сохранение их на длительный период.

ПТСР имеет активные и пассивные проявления. Пассивные проявления или симптомы «избегания» – это уклонение от напоминаний о травме: от разговоров и мест, связанных с ней, снижение интереса к жизни, чувство отстраненности от происходящего вокруг и др. Избегание может принять форму злоупотребления наркотиками или алкоголем для того, чтобы заглушить осознание дистресса. Все это ослабляет и разрушает взаимосвязи с другими людьми и, как следствие, – ведет к снижению адаптивных возможностей. Активные проявления – это неадекватная агрессивность, повышенная реактивность в ситуациях, чем-либо напоминающих психотравмирующие события. В картине заболевания могут преобладать активные либо пассивные симптомы. Для юристов интерес представляют лица с преобладанием активных симптомов ПТСР, так как именно у них повышен риск совершения правонарушений.

Выделяют *основные симптомы* данного заболевания.

1. Сверхбдительность. Больной пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность. Часто проявляется в виде постоянного физического напряжения, которое не позволяет расслабиться и отдохнуть. При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения (резко оборачивается и принимает боевую позу, когда кто-то приближается к нему из-за спины).

2. Притупленность эмоций. Ветеран полностью или частично теряет способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие или дружеские связи с окружающими, недоступны радость, любовь. В итоге ветеран дистанцируется и отчуждается от других, включая близких членов семьи. Супруги обследованных описывают их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. Харак-

терна также неустроенность личной жизни: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до или сразу после войны, отмечается большое число разводов. Порой сужение диапазона эмоциональных реакций выражалось преобладанием переживаний отрицательного полюса (тоски, тревоги, злобы). Мир других людей, их интересы, тревоги и надежды представляются больным мелкими и не заслуживающими внимания. Большинство лиц с ПТСР уверены в том, что люди, не пережившие того, что пережили они, не в состоянии понять их проблемы; часто они объясняют этим свою замкнутость. Многие объясняют тем же свое упорное нежелание обращаться за медицинской помощью, поскольку они уверены, что врач не сможет их понять. Иногда они стремятся найти выход в общении с товарищами по несчастью, но и это нередко оказывается тягостным, поскольку провоцирует воспоминания, которых больные стараются избежать.

3. Агрессивность. Стремление решать проблемы с помощью грубой силы. Как правило, это физическое силовое воздействие, но бывает также и вербальная агрессия. Как правило, реализация агрессии происходит в микросоциуме (в семье, на работе). По мнению В.Г. Василевского, агрессивное поведение является защитным, компенсирующим механизмом в преодолении таких отрицательных эмоций, как страх, тревога, ощущение своей уязвимости.

4. Общая тревожность. Проявляется в постоянном беспокойстве, постоянном чувстве страха. Реакции тревоги оказывают существенное влияние на поведение и социальную адаптацию.

5. Приступы ярости. Приступы чаще возникают под действием наркотических веществ, алкоголя. Однако такое поведение может наблюдаться и вне зависимости от алкогольного или наркотического опьянения. Ярость возникает в ответ на незначительные неприятности или трудности в быту. Типичными являются легко возникающие реакции раздражения в случае даже незначительного или мнимого ущемления прав или отказа в помощи.

6. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами. В попытке снизить интенсивность симптомов ПТСР многие начинают злоупотреблять алкоголем и другими наркотическими веществами. Но обычно прием алкоголя лишь усиливает дисфорию и подозрительность комбатантов, что приводит к частым конфликтам с окружающими людьми, либо к совершению различных правонарушений, а иногда и преступлений.

7. Непрошенные воспоминания. Они появляются, когда окружающая обстановка чем-то напоминает психотравмирующую ситуацию (запахи, звуки, зрительные стимулы). Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс, главное их отличие

от обычных воспоминаний в том, что они сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха.

8. Галлюцинаторные переживания. Разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях, отличающаяся от них тем, что при галлюцинаторных переживаниях воспоминание всплывает настолько ярко, что события текущего момента отходят на второй план и кажутся менее реальными. В таком состоянии человек ведет себя, действует, думает, чувствует также как в тот момент, когда ему пришлось спасти свою жизнь. Такие воспоминания получили название флэшбэк-эффекты (flash-back) – внезапное (как удар, вспышка молнии) воскрешение в памяти различных аспектов травмировавшего события; иллюзии, галлюцинаторные переживания. Флэшбэки появляются в основном в просоночных состояниях или на фоне алкогольной интоксикации, но могут возникать и у совершенно трезвого человека. Нередко эмоционально насыщенные воспоминания в момент своего появления оказывали влияние на поведение комбатантов, которые импульсивно совершали привычные оборонительные действия.

9. Проблемы со сном. Трудности с засыпанием, прерывистый сон, кошмарные сновидения с фотографически точным воспроизведением действительно пережитых событий. Многие пациенты жалуются, что из-за этого боятся засыпать. Таким образом, в период бодрствования человек испытывает определенный дискомфорт в общении с окружающими, не находит понимания с их стороны, а в период сна у него нет возможности полноценно отдохнуть, что приводит в результате к крайнему психическому и физическому истощению.

Судебно-психиатрическая оценка. Склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками усиливает социальную дезадаптацию: больные легко вовлекаются в криминальную среду или пополняют армию бездомных.

В состоянии опьянения человек, имеющий ПТСР, легко может проявить немотивированную агрессию, жестокость и совершить общественно опасные действия (вред здоровью, убийство). В этих случаях логично применить ст. 22 УК РФ и назначить комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу. Перед экспертами можно поставить вопрос и о том, мог ли потерпевший своими действиями и словами актуализировать посттравматические переживания. Обвиняемого от уголовной ответственности это не освобождает, однако позволяет более дифференцированно подходить к выбору меры наказания.

Совершив преступление в состоянии flashbacks (помрачение сознания, галлюцинации) эти лица могут рассчитывать на применение к ним ст. 21 УК РФ, пункт «временное расстройство психической деятельности», но только в том случае, если удастся доказать факт нарушенного сознания.

У больных ПТСР часто возможны состояния, характеризующиеся чувством отчаяния, безысходности, крайне пессимистической оценкой ситуации в стране, отождествлением этой ситуации с собственной судьбой и связанными с этим суицидальными мыслями. Это состояние может быть столь тяжелым, что приводит к самоубийству. Фактором риска при суициде является социальная изоляция такого лица и злоупотребление психоактивными веществами.

Глава 17. Судебно-психиатрическая экспертиза при расстройствах личности

Расстройства зрелой личности (психопатии) – патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности. По словам выдающегося московского психиатра П.Б. Ганнушкина, эта аномалия характера определяет психический облик, накладывая властный отпечаток на весь душевный склад, в течение жизни не подвергается резким изменениям и мешает приспособиться к окружающей среде. Эти признаки О.В. Кербиковым были положены в основу диагностических *критериев психопатии*:

1) тотальность патологических черт характера, они проявляются везде – дома и на работе, в труде и на отдыхе, в условиях обычных 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 половом созревании;

3) социальная дезадаптация является следствием именно патологических черт характера, а не обусловлена неблагоприятной средой.

Если патологические черты характера выражены незначительно и не препятствуют успешной адаптации человека в окружающей среде, то говорят об *акцентуации характера*. Понятие «акцентуации личности» или «акцентуации характера» ввел в психиатрию Карл Леонгард в 50-е годы XX века, указав, что в случаях акцентуаций есть лишь количественные отклонения от некоего стандарта личности, это промежуточное звено между психопатией и психическим здоровьем. А.Е. Личко (1983) определяет акцентуации характера как крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость для определенных психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Многообразие психопатологических проявлений расстройств зрелой личности, различие в их динамике, условиях возникновения

дали основания к выделению клинических вариантов. В настоящее время различают:

1) конституциональные (генуинные, «ядерные») психопатии – обусловлены наследственностью и проявляются даже при самых благоприятных условиях непосредственного социального окружения. Обычно у кого-то из родителей, братьев или сестер, или других кровных родственников удастся проследить подобные патологические черты характера;

2) психопатическое (патохарактерологическое) развитие – является следствием неправильного воспитания или продолжительного негативного влияния окружающей среды, особенно, если это приходится на подростковый возраст – период становления характера. Однако далеко не у всех под влиянием одинаковых хронических психогенных факторов наступает психопатическое развитие. Неблагоприятные влияния должны упасть на подходящую почву, которой чаще всего служит акцентуация характера. При этом необходимо не просто любое продолжительное неблагоприятное социально-психологическое воздействие, а лишь такое, которое адресуется к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации. Лишь исключительно тяжелые условия способны сформировать расстройство личности на любой почве (например, воспитание с раннего детства до юности в закрытом учреждении с суровым режимом и жесткими взаимоотношениями);

3) органические психопатии являются результатом внутриутробных вредных воздействий, а также воздействий в период родов и первые 2-3 года жизни на формирующийся мозг. Этими вредностями могут быть тяжелые токсикозы беременности, травмы плода во время беременности и родов, внутриутробные и ранние мозговые инфекции и нейроинтоксикации, длительные истощающие соматические заболевания с первых месяцев жизни;

4) психопатоподобные расстройства на почве остаточных явлений органических поражений мозга возникают после черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и нейроинтоксикаций, перенесенных в возрасте, когда формирование мозга уже завершено, то есть после 3-4 лет.

Оценка распространенности психопатий затруднительна, так как лица с психопатией попадают под наблюдение врачей при декомпенсации их состояний или в случаях нарушения законов. Среди лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, психопатические личности составляют от 8 до 12%.

Клинические проявления. Расстройства зрелой личности отличаются от заболеваний в собственном смысле этого слова, в том числе и от психических. Они тесно интегрированы с особенностями личности, ее

установками, в то время как болезни, включая и психические, являются чем-то чуждым для личности больного. Динамика личностного расстройства имеет особенности: отсутствуют спонтанные ремиссии или выздоровление; в лечении ведущее значение принадлежит коррекции личности и перестройке отношения личности к себе и окружающему.

Для расстройства зрелой личности не характерны нарушения восприятия, памяти, сознания. Нет интеллектуального снижения и грубых нарушений мышления. Вместе с тем психопатические личности отличаются обычно несколько особым складом мышления в оценке своего «Я», понимания своей роли в межличностных отношениях. Имеется тенденция к одностороннему отбору информации, т.е. той информации, которая отвечает установкам личности и имеет для нее особую эмоциональную значимость. В то же время другая информация, не отвечающая или противоречащая этим критериям, игнорируется и 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 некоторые исследователи указывали на относительную интеллектуальную недостаточность больных психопатией. Этим же объясняется известный факт, что больные психопатией не в состоянии полностью извлекать необходимого урока из своих ошибок. Проявляя известную несостоятельность в оценке эмоционально значимых для них явлений и событий, в понимании абстрактных категорий они обнаруживают те же способности и возможности, что и психически здоровые люди.

Наиболее выраженные нарушения у психопатичных личностей наблюдаются в эмоциональной и волевой сферах. Эмоциональные реакции, проявления у одних отличаются чрезмерной выраженностью с бурными вспышками гнева и агрессивным поведением, у других – с переживанием чувства собственной неполноценности, постоянной тревоги, страха. Это послужило основанием считать психопатами тех, от особенностей которых страдают окружающие или они сами (К. Шнайдер).

Нарушения волевой сферы проявляются в недостаточном контроле своего поведения. При полном осознании своих поступков, больные с расстройствами зрелой личности не могут в полной мере руководить ими. Им свойственны различные нарушения влечений, например, импульсивные влечения (клептомания, пиромания, дромомания). Не редкость извращения инстинктивной жизни, особенно часто наблюдаются половые девиации или парафилии.

Возможность адаптации в жизни при психопатических расстройствах зависит от двух предпосылок: выраженности дисгармоничности личности и внешних факторов. Психопатическая личность может быть

удовлетворительно адаптирована в благоприятных для нее условиях (состояние компенсации) и дезадаптирована с яркой выраженностью свойственных ей психопатических проявлений, в том числе и невротических, при неблагоприятных условиях (декомпенсация). Невротические симптомы постоянно сопровождают состояния декомпенсации и могут возникнуть под влиянием как неблагоприятных факторов, так и в связи с особенностями динамики психопатии. Неблагоприятными факторами могут быть соматические и инфекционные заболевания, интоксикации, эмоциональные стрессы. Здесь следует отметить, что психопатические личности часто сами создают патогенные (конфликтные) для себя ситуации.

Основные типы расстройства зрелой личности.

Шизоидное расстройство личности может сформироваться при воспитании эмоционально холодной и отчужденной матерью, которая мало считается с интересами ребенка. Этот тип характеризуется эмоциональной холодностью и неспособностью выражать теплые чувства и привязанности, скрытностью, патологической замкнутостью и недостатком контактов с другими людьми, неспособностью переживать наслаждение, оторванностью от реальности и погруженностью в свой внутренний мир.

Ограниченность контактов с окружающими вызвана не болезненной застенчивостью и стеснительностью, как при других типах, а неумением строить отношения с людьми и отсутствием внутренней потребности в общении. Из-за этого у окружающих возникает особое отношение к шизоидам: их считают странными, их сторонятся. Но одиночество не особо тяготит таких людей, они погружаются в мир своих богатых фантазий, углубляются в книги и свои увлечения.

Необычность эмоциональной жизни шизоидов проявляется и в том, что они способны тонко чувствовать воображаемые образы, но неспособны понять простые эмоции близких людей и откликаться на них. Они готовы к самопожертвованию ради высшей идеи, торжества отвлеченных концепций общечеловеческого масштаба, а то, что происходит с близким человеком, находящимся рядом, не замечают. Недостаток интуиции у шизоидов считается их наиболее важным дефектом. Из-за своей неспособности почувствовать чужое эмоциональное состояние они часто слышат черствыми и грубыми людьми, допускают бестактные поступки. По этой же причине они не способны установить и постоянные сексуальные контакты, заменяя их различными фантазиями, а порой и сексуальными перверсиями.

Парадоксальны все проявления их психической деятельности – они могут быть податливы, внушаемы и легковерны, и одновременно настороженны, упрямы. Увлечение личным творчеством или интере-

сующей 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.

Параноидное расстройство личности может формироваться с детства как результат базового недоверия к окружающему миру.

Таким людям характерна подозрительность и уверенность, что окружающие желают им только зла, завидуют их успехам, благополучию и т.д. На этой почве у больных часто возникают межличностные конфликты в коллективе на работе, по месту жительства. Склонны все свои провалы, ошибки и неудачи объяснять происками врагов и недоброжелателей, из-за чего бывают вынуждены менять место работы, уходят, как правило, со скандалом. Для них характерно сутяжничество – патологическая склонность отстаивать свои интересы в суде. Судятся много и охотно, их не смущает мелочность предмета судебного разбирательства, они готовы отстаивать «правду» до последнего. В семейных отношениях известны как страшные ревнивцы, при этом сами не считают себя обязанными соблюдать верность партнеру.

Диссоциальное расстройство личности. Формируется обычно при воспитании в семьях, где недостаток любви и внимания к детям, а также безнадзорность.

Крайняя выраженность неустойчивости поведения с уклонением от учебы и труда, постоянной жадой легких развлечений, праздным образом жизни приводит к полной социальной дезадаптации. Склонны к правонарушениям, начиная с детского возраста: побеги из дома, драки, кражи. Часто такое поведение заканчивается участием в серьезных групповых преступлениях. Ранняя и регулярная алкоголизация завершается формированием алкоголизма еще в молодом возрасте.

Диссоциальные личности пренебрегают всеми моральными нормами, равнодушны к переживаниям других людей, даже очень близких. Подобные граждане не способны испытывать чувство вины за содеянное, делать выводы из своих ошибок. Легко проявляют агрессию, особенно в состоянии алкогольного опьянения, могут проявлять чрезмерную жестокость, так как не чувствуют чужой боли.

Истерическое расстройство личности. Главной чертой является эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания окружающих к своей персоне, потребность вызывать восхищение, удивление, почитание, сочувствие. Иногда они предпочитают даже негодование и ненависть в отношении себя, но только не перспективу остаться незамеченным. Все остальные качества определяются этой чертой. Лжи-

вость 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.

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.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности. Основные черты – это нерешительность, неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности, склонность к постоянным сомнениям и трудности в принятии решения. Из-за этих черт больные не приспособлены к жизни. Они проявляют пониженную активность, склонность к самоанализу и болезненному мудрствованию, недостаточную живость и яркость восприятия. Такие люди чрезмерно предосторожны в отношении возможного нежелательного для них хода событий, из-за постоянных сомнений в правильности своих действий у них возникает потребность повторно перепроверять сделанное.

С самого детства они отличаются пугливостью, робостью, застенчивостью, конфузливостью, малой двигательной активностью. Они крайне впечатлительны, тревожно-боязливы, плохо спят ночью, испытывая многочисленные страхи. Лица с подобным типом расстройства личности склонны к фантазированию и мечтам, но в них

обычно отсутствует счастливый конец, наоборот, завершение может иметь мрачный или даже трагичный характер. Мечты и фантазии отражают их неуверенность в себе, они испытывают потребность постоянно вспоминать о тревожащих образах, представляют, что им грозит беда.

В школьном возрасте усиливается их тревожность и ранимость. Они постоянно сомневаются в правильности своих поступков, очень болезненно переносят выговоры и наказание. Такие дети вечно боятся опоздать в школу, поэтому рано встают и приходят на занятия раньше всех, по несколько раз перепроверяют содержимое своего школьного портфеля из опасения забыть что-либо. Обладая хорошим интеллектом и пытливым умом, они дольше всех выполняют какие-либо задания учителя, так как постоянно себя перепроверяют и сомневаются в правильности своих ответов. Испытывают огромное напряжение, когда приходится отвечать у доски, сразу забывают выученный урок, краснеют, заикаются.

Свою робость и неуверенность эти люди могут компенсировать какими-либо движениями или действиями: вертят в руках ручку, 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. Особенно усиливаются вышеописанные черты при начале самостоятельной жизни, когда приходится отвечать и за себя, и за других. В выраженных случаях больной занят бесплодной умственной работой, так называемой умственной жвачкой. Он бесконечно анализирует собственные поступки, сомневается в правильности принятого решения или выполненного задания, редко доволен собой и склонен к заниженной самооценке. Из-за этого многие больные страдают различными навязчивостями – в виде навязчивых сомнений, идей и страхов. Они могут докучать своим близким и другим окружающим людям своими болезненными сомнениями, постоянно советуясь по пустяковым вопросам.

У таких психопатов повышенное чувство ответственности и долга, доходящее до гиперсоциальности. Они могут быть хорошими исполнителями, если только не торопить их с результатом, не определять сжатые сроки, а предоставить возможность работать в оптимальном режиме. Из-за своей аккуратности и исполнительности они в любом случае постараются завершить работу как можно раньше. Но если срок жестко определен и переоценены возможности, то для таких лиц возникает психотравмирующая ситуация, развиваются невротические симптомы, многочисленные вегетативные нарушения, наступает декомпенсация с резким снижением трудоспособности.

К правонарушениям не склонны, однако, попадая в асоциальную компанию, могут идти на поводу у своих лидеров, из-за застенчивости и робости не могут отказаться от каких-либо противоправных нарушений.

Судебно-психиатрическая оценка. Крайне редко декомпенсация психической деятельности у психопатов может быть настолько выраженной, что создает основания для применения к ним ст. 21 УК РФ, по пункту «иные расстройства психической деятельности». Чаще всего при расстройствах зрелой личности отсутствуют, как указывалось выше, грубые нарушения мыслительного процесса и волевой деятельности, поэтому этих лиц рекомендуется признать вменяемыми. Однако для справедливого правосудия необходимо учесть психические отклонения таких людей. Это возможно при назначении судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Комплексная оценка патологических отклонений позволяет решить вопрос: мог ли человек в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими в момент инкриминируемого деяния, т.е. применить ст. 22 УК РФ, которая не исключает вменяемости.

ГЛАВА 18. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КРАТКОВРЕМЕННЫХ РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

18.1. Исключительные состояния и их классификация

Одним из медицинских критериев невменяемости являются расстройства психической деятельности, которые различны по природе своей, но, независимо от происхождения, обратимы и краткосрочны. В эту группу включают виды реактивных состояний (реактивные психозы) и исключительные состояния.

Реактивные состояния возникают в ответ на сильные психотравмирующие факторы внешней среды. В большинстве случаев отреагирование происходит по типу невротических расстройств, незначительно нарушающих способность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий), либо руководить ими.

В некоторых случаях реакция может достигать психотического уровня и серьезно нарушать поведение человека. Именно в таких случаях подэкспертные могут рассчитывать на применение к ним ст. 21 УК РФ. К таким случаям относят так называемые *исключительные состояния*.

Исключительные состояния рассматриваются как группа острых расстройств психической деятельности, различных по происхождению, но во многом сходных по клиническим признакам. Эти расстройства начинаются внезапно в связи с внешней ситуацией, они непродолжительны, сопровождаются расстроенным сознанием и полной или частичной амнезией. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями и, как правило, представляют собой единственный эпизод в жизни. В процентном отношении число лиц, совершивших противоправные деяния в «исключительных состояниях», незначительны. Однако чаще всего это тяжкие опасные действия против личности. Диагностика и экспертная оценка таких расстройств чрезвычайно сложна.

К исключительным состояниям относятся патологическое опьянение, патологический аффект, либо хроническое психическое заболевание, патологическое просоночное состояние. Общим для них является сочетание постоянной и временной патологической почвы при обязательном участии дополнительных внешних факторов. Постоянная патологическая почва характеризуется наличием незначительных остаточных явлений после различных повреждений мозга (травмы, мозговые инфекции, сосудистые нарушения). Временная почва формируется за счет ситуационно действующих вредностей (физическое

и психическое переутомление, дефицит сна, стресс, длительное эмоциональное напряжение).

18.2. Реактивные психозы

Реактивные психозы представляют собой патологическую реакцию психотического уровня на психические травмы или неблагоприятные ситуации. Развитие этих психозов, их клиническая картина и динамика зависят также от конституциональных особенностей личности, перенесенных заболеваний, физического состояния и возраста.

По сравнению с невротами для реактивных психозов характерна большая острота, лабильность и тяжесть симптоматики, выраженные психомоторные и аффективные расстройства, бред, галлюцинации, грубые истерические нарушения, большей частью с явлениями расстроенного сознания (диссоциативные реакции). Больные в этот период утрачивают способность критически оценивать свое состояние, координировать свои поступки, адаптироваться к сложившейся ситуации. В то же время реактивным психозам свойственна наибольшая (среди психогенных заболеваний) обратимость симптоматики.

Для отличия реактивных психозов от других психотических состояний используют критерии К. Ясперса:

- 1) реактивный психоз возникает сразу же после психотравмы;
- 2) симптоматика вытекает из характера психической травмы и отражает ее;
- 3) исчезновение или дезактуализация психотравмы приводит к прекращению психоза.

По клиническим формам реактивных психозов выделяют аффективно-шоковые реакции, истерические психозы, реактивные депрессии и психогенные параноиды.

Аффективно-шоковые реакции (реакции экстремальных ситуаций, «психозы ужаса» и т.п.) возникают в связи с внезапными, чрезмерными по силе потрясениями, 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 быстро нарастающей 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 – целая группа психических расстройств, возникающих по единому истерическому механизму (своевременность и выгодность факта болезни).

В зависимости от тяжести и длительности реакции бывает либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие. Этот тип психогенных реакций чаще всего наблюдается именно в судебно-психиатрической практике.

Истерическое сумеречное помрачение сознания по механизму возникновения и некоторым клиническим проявлениям близко к острым аффективно-шоковым реакциям. В отличие от последних не бывает полного выключения высших корковых функций. Характерны сужение поля сознания, дезориентировка, обманы восприятия, отражающие 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 связано с травмирующей ситуацией. Ответ при псевдодеменции чаще прямо противоположен ожидаемому (например, он не находится под арестом, у него блестящие перспективы). То же относится и к мимодействиям (например, в отдельных случаях больные надевают туфли на руки, просовывают ноги в рукава рубашки и т.д.).

Пуэрилизм – на фоне истерически суженного сознания возникает ребячливость, детскость поведения. Наиболее частыми симптомами

является детская речь, моторика и эмоциональные реакции. Больные говорят с детскими интонациями, шепелявят, бегают 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 пуэрилизме симптоматика значительно более разнообразна, изменчива, с яркой эмоциональной окраской переживаний.

Психогенные параноиды. Психогенные параноиды относятся к сравнительно редким формам реактивных психозов. Развитию психогенного параноида может способствовать длительное эмоциональное напряжение, нервное и соматическое истощение, связанное с длительным лишением сна, недоеданием и другими причинами.

Клинической картине острого психогенного параноида свойственна простота, образность, эмоциональная насыщенность бреда и резко выраженный аффект страха и тревоги. Чаще всего возникает бред преследования и отношения. Содержание бреда отражает в прямом или противоположном виде психотравмирующую ситуацию. В одних случаях это угроза физическому существованию, расправа, в других – морально-этический ущерб, причиняемый самому больному или его родным. Возможны также как зрительные, так и слуховые галлюцинации.

После короткого, иногда не более нескольких часов, продрома с еще неясными тревожными опасениями и нарастающей подозрительностью, у больных внезапно возникает ощущение смертельной опасности; они окружены врагами, их родственников уже нет в живых; некоторые слышат зловеющий шепот, а потом и более отчетливо голоса людей, замышляющих убийство. В наиболее острый период психоза поведение больных целиком определяется содержанием патологических переживаний и может вылиться в опасные действия. В ужасе они пытаются бежать, выпрыгнуть в окно, нападают на мнимых врагов или хотят покончить с собой, дабы не попасть живыми в руки преследователей.

Заболевание протекает остро, и в большинстве случаев через несколько дней после госпитализации бредовые расстройства исчезают. Однако на протяжении последующих 2-4 недель бывает остаточная симптоматика – тревога по вечерам, боязнь появления прежних преследователей.

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу): «С., 34 года, мастер на заводе. Физически здоровый, сильный человек. Положительно характеризуется на работе и в быту. Практически не злоупотребляет алкоголем. Обвиняется в том, что рано утром ворвался в кухню ресторана аэропорта Домодедово (ресторан еще не работал) и

напал с ножом на милиционера и поваров. При этом кричал, что его хотят убить, за ним гонятся враги.

Во время судебно-психиатрической экспертизы было установлено, что он за неделю до случившегося вместе с приятелем прилетел в Москву, чтобы сделать покупки. У них была большая сумма денег. Они успешно осуществили свои планы и перед отлетом домой решили «развлечься». По объявлению в газете они узнали адрес ателье «эротического массажа» и поехали туда на такси. Еще по дороге он стал замечать, что приятель, водитель такси, прохожие «косо смотрят на него, смеются». Это чувство особенно усилилось, когда они попали в «ателье». Вся обстановка там показалась угрожающей. Он подумал, что его «заманили», хотят отравить и ограбить. В компании ничего, кроме принесенной с собой и открытой им самим кока-колы, не пил (это подтверждает его приятель), но вкус напитка показался странным. Понял, что ему продали отравленную кока-колу, что продавцы киоска в сговоре с проститутками. Неожиданно ушел из «ателье», оставив там своего знакомого, поехал в аэропорт (их самолет вылетал днем и времени до отлета было много). В аэропорту заметил, что опасность сохраняется, некоторые рейсы специально задерживаются, все смотрят на него, следят за ним, как-то странно ходят, женщины оглядываются на него. Стал искать место, где бы спрятаться, но всюду были люди. Внезапно увидел милиционера, который шел в его сторону. Страх еще больше усилился, «понял, что сейчас арестуют». После этого побежал по залу ожидания, увидел приоткрытую дверь (это оказалась дверь в кухню буфета) и вбежал в помещение. Там находились «какие-то люди в белом и с ножами», понял, что «все кончено», бросился к одному из них, схватив лежавший на столе нож. В этот момент в кухню вошел милиционер, который сообщил на следствии, что заметил, как С. странно метнулся по залу, перебежал с места на место и потом побежал в сторону буфета. Милиционер заподозрил неладное и пошел за ним. На появление милиционера С. прореагировал попыткой ударить его ножом, тот выстрелил в пол и рикошетом ранил С. в ногу. После этого С. отдал нож и последовал за милиционером.

На следствии и во время экспертизы С. подробно рассказывал о своих переживаниях, которые изложены выше. Он недоумевал, как все могло произойти, не мог до конца осознать реальности происшедшего, говорил, что чувствовал себя как в кошмарном сне или фильме ужасов. Вместе с тем полной критики к происшедшему у него не было. Он продолжал утверждать, что все началось после того, как выпил кока-колу, что подозревает отравление.

С диагнозом «психогенный параноид, развившийся в условиях субъективно сложной травмирующей обстановки» С. было рекомендовано признать невменяемым. В связи с тем, что проявления

болезненного состояния ко времени экспертизы у него прошли и он был практически здоровым, ему не рекомендовались принудительные меры медицинского характера, но было указано на необходимость наблюдения районным психиатром».

В ряде случаев важнейшим патогенетическим фактором в формировании психогенных параноидов является фактор неблагоприятной внешней обстановки. Группу реактивных психозов, связанных с внешней обстановкой, определяют как *параноиды внешней обстановки*. В первую очередь, к ним относятся *параноиды военного времени*. Наряду с факторами «ослабленной» почвы – органическими изменениями мозга, 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 сосредоточено внимание окружающих, соседи по вагону ведут себя как-то странно и необычно, шепчутся и переглядываются. Вскоре больные укрепляются в убеждении, что в купе расположилась шайка воров или бандитов, замышляющих нападение с целью ограбления или убийства. Для того чтобы умиловить «преследователей» и сохранить свою жизнь, больные раздают вещи и деньги, некоторые в страхе выскакивают на ходу из поезда.

В других случаях исходным пунктом для развития бреда становится психическая изоляция (пребывание в чужой, враждебной среде, усугубляющееся невозможностью контактов с окружающими в связи с незнанием языка, тюремное заключение и т.д.). Здесь можно выделить бред в иноязычном окружении – у больных появляются слуховые

иллюзии угрожающего содержания, растет уверенность во враждебном отношении окружающих.

В условиях заключения развиваются *тюремные параноиды*. Их содержание отражает своеобразие психической травмы, связанной с арестом и пребыванием в тюрьме, страх перед предстоящим судом и наказанием, тревогу за свою судьбу и судьбу близких. Больной испытывает бред и истинные галлюцинации – «голоса» раздаются из соседней камеры, из-за окон и дверей. Больные видят себя в окружении врагов, слышат обвинительную речь прокурора.

Судебно-психиатрическая оценка реактивных психозов. Реактивные психозы чаще всего возникают в ответ на привлечение лица к уголовной ответственности. Данные расстройства, будучи обратимыми, обычно обуславливают лишь приостановление уголовного дела (до момента выздоровления). При затяжном течении назначают принудительное лечение, по окончании которого возобновляются судебно-следственные действия.

Если же лицо совершает противоправные действия в период острого реактивного психоза (например, в момент реактивного параноида убивает), то к нему применяется ст. 21 УК РФ, пункт «временное расстройство психической деятельности».

18.3. Исключительные состояния

Патологический аффект – это болезненное состояние психогенного происхождения, возникающее у практически здорового человека. Это острая эмоциональная реакция в ответ на психотравмирующее воздействие, на высоте развития которой имеет место нарушение сознания по типу сумеречного состояния.

Факторами, способствующими возникновению бурной аффективной реакции, считают переутомление, недосыпание, соматическую ослабленность и т.д. Под воздействием психогенного раздражителя, исходящего от непосредственного обидчика и имеющего личностную значимость для обвиняемого, внезапно для окружающих, да и самого подэкспертного может возникнуть аффективная реакция с агрессивными действиями, направленными против обидчика.

В типичных случаях патологический аффект протекает в три фазы. Первая фаза служит подготовительным этапом, на ней возникает и быстро нарастает аффективное напряжение. В случае острой психогении она длится всего несколько секунд. Это соответствует критерию внезапности при квалификации деяния, совершенного в состоянии сильного душевного волнения. При длительной психотравмирующей ситуации напряжение нарастает часы или даже дни, однако

разрядка наступает по механизму «последней капли» также внезапно и сразу же за раздражителем.

Во второй фазе патологического аффекта возникает аффективное помрачение сознания. Отмечаются расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации), высказываются отрывочные бредовые идеи, регистрируются состояния острого страха и растерянности. Внешне заметны вегетативные реакции (покраснение или побледнение лица, дрожь, пот и т.д.). Моторные действия при патологическом аффекте стереотипны, без какой-либо обратной связи с ситуацией: продолжают и после того, как жертва перестает подавать признаки сопротивления или жизни.

В третьей фазе наблюдается глубокий сон или выраженное оглушение с отсутствием реакций на внешние стимулы и невозможностью контакта. Все события во время аффекта полностью амнезируются.

Патологическое просоночное состояние встречается чрезвычайно редко. В литературе оно может быть описано под названием «патологическое опьянение сном», «сновидное опьянение».

Патологические просоночные состояния, как считает Г.В. Морозов, развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно пробуждения, сопровождающихся медленным восстановлением ориентировки в окружающем. Болезненным просоночным 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.

Судебно-психиатрическая оценка. Если удастся доказать факт нарушенного сознания, то обвиняемые подпадают по действие ст. 21 УК РФ, пункт «временное расстройство психической деятельности». Эксперты-психиатры рекомендуют признать таких лиц невменяемыми, в принудительных мерах медицинского характера обычно не нуждаются.

В отдельных случаях возникает проблема разграничить аффект физиологический от патологического, тогда назначают комплексную психолого-психиатрическую экспертизу.

Контрольные вопросы к разделу III

1. Какими основными симптомами проявляется шизофрения?
2. Какие выделяют типы течения шизофрении?
3. Как проявляется простая форма шизофрении?
4. Какие основные симптомы наблюдаются при параноидной форме шизофрении?
5. Какова судебно-психиатрическая оценка биполярного аффективного расстройства?
6. Что такое эпилепсия и как она проявляется?
7. Как может меняться личность больного эпилепсией?
8. Что такое инволюционный параноид и какова его судебно-психиатрическая оценка?
9. Какие причины могут приводить к умственной отсталости ребенка?
10. Каковы клинические проявления идиотии?
11. Каковы клинические проявления имбецильности?
12. Какова судебно-психиатрическая оценка больных с умственной отсталостью?
13. Из каких компонентов складывается синдром зависимости?
14. Факторы, способствующие формированию синдрома зависимости.
15. Что такое синдром зависимости от алкоголя и каковы причины его развития?
16. Что такое патологическое алкогольное опьянение, какова его судебно-психиатрическая оценка?

Тестовый контроль знаний

1. К галлюциногенам относится...
 - а) кокаин
 - б) героин
 - в) ЛСД
 - г) морфин
 - д) эфедрон
2. Перестройка функций организма в ответ на хроническое употребление наркотиков, проявляющееся грубыми психическими и соматическими нарушениями при прекращении действия наркотика – это...
 - а) адаптация к наркотику
 - б) рост толерантности
 - в) психическая зависимость
 - г) физическая зависимость
 - д) вредная привычка

3. В каком возрасте наиболее часто заболевают шизофренией?
- а) в старческом
 - б) в подростковом
 - в) в зрелом
 - г) одинаково часто во всех возрастных группах
4. Быстро нарастающее тотальное слабоумие, неврологические расстройства и типичные серологические реакции в крови характерны для:
- а) черепно-мозговой травмы
 - б) болезни Пика
 - в) болезни Альцгеймера
 - г) прогрессивного паралича
5. Умственная отсталость – это:
- а) врожденное или рано приобретенное слабоумие
 - б) снижение интеллекта в результате ЧМТ у взрослого человека
 - в) алкогольная деградация личности
 - г) слабоумие в инволюционном периоде
 - д) легкое когнитивное расстройство
6. В соответствии с МКБ-10 к веществам, способным вызвать зависимость, относятся все, кроме...
- а) производные опия
 - б) кокаин
 - в) каннабиноиды
 - г) психостимуляторы
 - д) аскорбиновая кислота
7. Патологическое стремление постоянно или периодически принимать наркотик – это...
- а) адаптация к наркотику
 - б) рост толерантности
 - в) психическая зависимость
 - г) физическая зависимость
 - д) вредная привычка

Контроль по решению ситуационных задач

Задача 1. Обследуемая гр. К., 17 лет, была не способна к обучению в массовой школе, воспитывалась в школе-интернате для умственно отсталых детей, с трудом осваивала программу, к 17 годам училась в 6-ом классе. По наблюдениям воспитателей, несмотря на явное отставание в физическом развитии, проявляла повышенный

интерес к мальчикам, часто уединялась с ними. В связи с тем, что она несколько раз надолго исчезала с мальчиками, в школе была дважды осмотрена гинекологом. При втором осмотре установлено нарушение девственной плевы. От объяснений по этому поводу гр. К. уклонилась, а спустя несколько дней вместе с матерью явилась в прокуратуру с заявлением, что была изнасилована соседом по квартире. Гр. К. давала показания в присутствии матери, в дальнейшем неоднократно их меняла. При судебно-психиатрической экспертизе выявлен крайне малый запас знаний, с трудом формулирует свои мысли. При расспросе в присутствии матери путаясь в деталях, утверждает, что сосед ее изнасиловал. Несмотря на замечания допрашивающего, мать все время кивает головой, подсказывает дочери ответы. Беседуя с врачами без матери, гр. К. говорит об этом эпизоде еще более путанно, плачет, просит позвать маму – «тогда все вспомнит».

Задание 1. Примите решение о назначении судебной экспертизы.

Задание 2. Вынесите постановление о назначении судебной экспертизы.

Задача 2. Обследуемый В., 23 года, обвиняется в убийстве 3-х летнего племянника. Отец умственно отсталый, сестра больна эпилепсией. Гр. В. отставал в психическом и физическом развитии, рос тихим, замкнутым. В школе с девяти лет материал не усваивал, в первом и во втором классах оставался на второй год, в дальнейшем с трудом переходил из класса в класс. Окончив 8 классов, поступил в ПТУ, но учиться не смог, так как не справлялся с программой. В последующем не работал, в 19 лет установлена инвалидность II группы, дома помогал матери по хозяйству. Родственники характеризуют его трудолюбивым, но вспыльчивым, злобным, иногда у него отмечались «вспышки ярости», во время которых он избивал членов семьи. В день правонарушения ожидал получения пенсии, был напряженным, злобным, бранил почтальона, который не принес деньги. В это время его 3-х летний племянник попросил хлеба и воды, в ответ на это гр. В. стал избивать ребенка руками, ногами, бил его головой о стену. Психическое состояние: во время беседы сидит в однообразной позе, опустив голову, при обращении к нему иногда робко улыбается. Движения замедленные, угловатые, неуклюжие. Сведения о себе сообщает кратко, непоследовательно, после настойчивых расспросов, говорит простыми, короткими фразами. Речь бедна, запас общеобразовательных сведений скудный; едва читает по слогам, простые арифметические действия выполняет с ошибками, не улавливает переносного смысла пословиц и поговорок. При расспросах о правонарушении не высказывает сожаления о смерти племянника, не испытывает чувства вины, заявляет, что был очень зол на почтальона, который не принес пенсию,

а племянник попался под «горячую руку». Обнаруживает повышенную внушаемость, стереотипно повторяет все, что говорят другие. При шуме в палате, резком замечании пугается, становится растерянным, беспомощным, не может произнести ни одного слова, долго не успокаивается.

Задание 1. Примите решение о назначении судебной экспертизы.

Задание 2. Вынесите постановление о назначении судебной экспертизы.

Задача 3. Испытуемый С., 45 лет, обвиняется в убийстве. В Центре им. В.П. Сербского находился с 2001 г. Из материалов уголовного дела, со слов испытуемого и анамнеза известно, что С. родился в срок, рос и развивался согласно возрасту, окончил среднюю школу. Был активным, дисциплинированным, занимался спортом. Женат, имеет двоих детей. Служил в полиции. В амбулаторной карте прописано, что с 1998 г. страдает гипертонической болезнью (подъем артериального давления, головные боли, боли в сердца). Как видно из материалов уголовного дела, С. около 5 часов утра в кабинете произвел 3 выстрела из пистолета. В результате чего получил огнестрельные ранения А., от которых скончался на месте. В своих показаниях испытуемый сообщил, что накануне дежурил 2 смены подряд и чувствовал себя очень уставшим. Утром выпил 100 грамм водки. Далее он пришел в кабинет, где находился вместе с тремя сослуживцами, сел за стол и уснул. Перед засыпанием слышал разговор, что скоро в учреждение должна приехать «мафия». Сколько времени спал – не помнит. Разбудил его какой-то шум. Сидя за столом, он поднял голову, увидел, что «кто-то идет на него», выхватил пистолет и выстрелил несколько раз. Сколько раз стрелял – не помнит. Через короткое время пришел в себя, туман перед глазами рассеялся, и он увидел лежащего около стола человека, в котором узнал А. Свидетели, присутствующие в кабинете, показывают, что испытуемый не был пьян, но от него исходил запах алкоголя. Выглядел в тот день он уставшим, А. предложил ему вздремнуть и положил ему на стол свой бушлат. А. прикрыл голову С. бушлатом, после чего испытуемый заснул. Минут через 15 С. неожиданно вскочил, что-то крикнул, в руках у него показался пистолет, и он стал беспорядочно стрелять, производил выстрелы без перерыва, один за другим. Когда он окончил стрелять, то его увидели стоящим возле стола с опущенными руками. Вид у него был растерянным, сложилось впечатление. Что он ничего не понимал. С. сообщает, что накануне очень устал. Засыпая, слышал разговор о мафии, как через пленку надвигающуюся тень, испытывал страх. Дальнейшее не помнит, очнулся только тогда, когда увидел потерпевшего, лежащего в крови на полу. Испытуемый крайне сожалеет о случившемся, на глазах появляются слезы. До сего

времени не может понять, «как все случилось». Психотических переживаний на момент обследования не обнаруживает. Критические способности сохранены. Заключение комиссии: психическим заболеванием не страдает, у С. обнаруживаются признаки органического заболевания головного мозга. В период времени, относящегося к совершению правонарушения, отмечалось временное расстройство психической деятельности в форме патологического просоночного состояния. Невменяем. В применении принудительных мер медицинского характера не нуждается, ему рекомендуются динамические наблюдения невропатолога и психиатра по месту жительства.

Задание 1. Оцените клиническое наблюдение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заключение судебно-психиатрической экспертизы по поводу правонарушений, совершенных психически больными лицами, обычно не представляет особых затруднений, за исключением реактивных состояний: невротозов, психозов и посттравматических стрессовых синдромов, и относящихся к временным психическим расстройствам, не исключающим вменяемости.

В специальной литературе их называют «пограничные состояния», они попадают в рамки определения «ограниченная вменяемость», т.е. ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающими вменяемость.

Например, военнослужащие, сотрудники ОВД, участвовавшие в боевых действиях и локальных конфликтах, после возвращения с боевых действий страдают посттравматическим стрессовым расстройством, которое может проявляться в нарушении социальной адаптации, девиантном поведении в форме алкоголизма, наркомании, склонности к совершению асоциальных поступков и актов насилия. Наличие посттравматического синдрома у данной категории лиц требует отражения в экспертном заключении.

Юристам необходимо четко представлять себе цели и задачи судебно-психиатрической экспертизы, уметь своевременно распознавать психические отклонения у людей, вовлеченных в судебно-следственные ситуации, и назначать вышеназванную экспертизу.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильченко, А.В. Судебная медицина и судебная психиатрия : курс лекций / А.В. Васильченко, Э.Р. Исхаков, Д.Х. Афзалетдинова. – Уфа : Уфимский юридический институт МВД России, 2022.
2. Дурова, Е.В. Судебная медицина : учебно-методическое пособие / Е.В. Дурова, А.В. Головчанский. – Воронеж : Воронежский институт МВД России, 2016.
3. Датий, А.В. Судебная медицина и психиатрия : учебное пособие / А.В. Датий. – 3-е изд. – М.: РИОР : ИНФРА-М, 2022.
4. Жигулина, М.С. Судебная психиатрия : учебно-методическое пособие / М.С. Жигулина, А.В. Головчанский. – Воронеж: Воронежский институт МВД России, 2017.
5. Жигалова, Г.Г. Судебная психиатрия : учебное пособие / Г.Г. Жигалова. – Ставрополь : Ставропольский филиал Краснодарского университета МВД России, 2020.
6. Кочерова, Л.А. Судебная медицина и судебная психиатрия : учебное пособие / Л.А. Кочерова. – Ставрополь : Ставропольский филиал Краснодарского университета МВД России, 2019.
7. Клименко, Т.В. Судебная психиатрия : учебник для академического бакалавриата / Т.В. Клименко. – М. : Юрайт, 2017.
8. Кубанов, В.В. Судебная медицина и судебная психиатрия: учебно-методическое пособие для курсантов и студентов всех форм обучения / В.В. Кубанов, О.А. Свицерский. – Самара : Самарский юридический институт ФСИН России, 2017.
9. Левина, И.Л. Основы психиатрии : учебное пособие для студентов немедицинских специальностей / И.Л. Левина. – Новокузнецк: ФКОУ ВО Кузбасский институт ФСИН России, 2022.
10. Рублёва, Т.Ю. Психологическая профилактика химических зависимостей : учебное пособие / Т.Ю. Рублева. – Красноярск: СибЮИ МВД России, 2021. – 2-е изд., перераб. и доп. – 84 с.
11. Россинская, Е.Р. Судебная экспертиза в гражданском, административном и уголовном процессе / Е.Р. Россинская. – 4-е изд., доп. – М.: Норма : НИЦ ИНФРА-М, 2025.
12. Судебная психиатрия : учебное пособие для вузов / В.Т. Лекомцев, А.Р. Поздеев, Ю.В. Ковалев, И.А. Уваров. – М.: Юрайт, 2022.
13. Судебная медицина и судебная психиатрия : курс лекций / авт.-сост. М. П. Буш. – Иркутск : ФГКОУ ВО ВСИ МВД России, 2017. – 260 с.
14. Трофимов, Е.Н. Судебная психиатрия : учебное пособие / Е.Н. Трофимов. – Волгоград : Волгоградская академия МВД России, 2020.
15. Судебная психиатрия : учебник / под общ. ред. Д.Ф. Хритинина. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : Норма : НИЦ ИНФРА-М, 2019.
16. Шаповалов, В.А. Основы судебно-психологической и психолого-психиатрической экспертиз : учебное пособие / В.А. Шаповалов, Ю.Ю. Стрельникова. – СПб.: Санкт-Петербургский университет МВД России, 2017.

СЛОВАРЬ 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.

Анозогнозия – отсутствие критической оценки больным своего дефекта либо заболевания.

Атаксия – это нарушение координации движений, которое проявляется в потере контроля над положением тела в пространстве и нарушении точности движений. При этом сила конечностей обычно сохраняется или снижается незначительно.

Аффект (лат. *affectus* – душевное волнение, страсть). Кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательное окрашенное. Чаще всего возникает психогенно. Характерны бурные вегетативные проявления. Различают аффекты стенические (например, гнев, радость) и астенические (тоска, страх, тревога). При отсутствии возможности нормального отреагирования происходит образование застойного аффекта.

Возраст – это период в развитии биологической особи (человека, животного и пр.), характеризующийся определенными анатомическими и физиологическими изменениями в процессе эволюции и инволюции.

Гебефрения – форма шизофрении, начинающаяся в молодом возрасте, гебефреническая шизофрения.

Гипоталамус – отдел мозга, секретирует нейрогормоны и является высшим подкорковым центром вегетативной нервной системы.

Гиперсаливация – состояние, характеризующееся избыточным выделением слюны.

Гипокинезия – состояние недостаточной двигательной активности организма с ограничением темпа и объема движений.

Девииции – 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.

Деперсонализация – патологическое состояние, когда человек теряет связь со своим «я», собственной личностью и телом

Дыхание Куссмауля – разновидность нарушения дыхания: наблюдается равномерное дыхание с шумным глубоким вдохом и усиленным выдохом, но больной при этом не приходит в сознание. При вдохе он открывает рот и как бы пытается захватить воздух. Происходит значительное угнетение дыхательного центра и торможение всех вышележащих отделов – в том числе коры больших полушарий. Дыхание осуществляется за счет работы спинного мозга и вспомогательных мышц.

Дыхание Чейна-Стокса, разновидность нарушения дыхания: периоды апноэ (остановки дыхания) сменяются периодами поверхностного дыхания, которое затем постепенно, в течение 5-7 вдохов, переходит во все более глубокое и шумное, а затем вновь становится более поверхностным и переходит к очередному апноэ.

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.

Кома – состояние, характеризующееся полной утратой сознания, отсутствием активных движений, расстройством дыхания и сердечной деятельности, отсутствием реакции на внешние раздражения, угасанием рефлексов до полного их исчезновения

Компульсивное влечение – это сложный психический феномен, характеризующийся навязчивым и неконтролируемым стремлением к какому-либо объекту, виду деятельности или поведению.

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 клинко-морфологической картины; единица номенклатуры и классификации болезней.

Наркотические средства – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией ООН о наркотических средствах 1961 года. Все препараты, относящиеся по международной классификации к наркотическим средствам, подлежат национальному контролю в странах, ратифицировавших Единую Конвенцию, то есть в большинстве стран мира.

Нистагм – это непроизвольное ритмичное колебание глазных яблок в разных направлениях. Движения могут быть горизонтальными, вертикальными, вращательными (ротаторными) или смешанными.

Однояйцевые близнецы – два и более ребенка, родившиеся от одной беременности в результате деления оплодотворенной яйцеклетки. Имеют одинаковый генетический набор.

Обсессивное (навязчивое) влечение – это возникновение желаний, которые больной может контролировать в соответствии с ситуацией. Отказ от удовлетворения влечения рождает у больного сильные переживания, постоянно сохраняются мысли о неутолённой потребности.

Оглушение – синдром нарушенного сознания, характеризующийся значительным повышением порога восприятия всех внешних раздражителей и сонливостью.

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).

Психоактивное вещество (ПАВ) – вещество, которое при приеме или введении в организм человека воздействует на психические процессы.

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.

Сопор – глубокое угнетение сознания с утратой произвольной и сохранностью рефлексорной деятельности.

Томография – послойное рентгенологическое исследование, получение рентгеновского изображения определенного слоя объекта.

Толерантность к ПАВ – степень резистентности организма к психофизиологическим эффектам ПАВ.

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.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОПРОСНИК № 1 для СЛЕДОВАТЕЛЕЙ с целью сбора сведений у лица, НЕ ОТРИЦАЮЩЕГО ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

1. Случалось ли Вам когда-нибудь употреблять наркотические средства?

(при утвердительном ответе на этот вопрос необходимо уточнить: когда был первый опыт употребления; при каких обстоятельствах; какой это был наркотик (название); каким способом происходило употребление (курение, через нос путем вдыхания); перорально (через рот), парентерально (через кожу путем инъекционного введения); что при этом чувствовал (а); сколько по времени длилось указанное состояние)

(при отрицательном ответе на этот вопрос, необходимо приступить к сбору информации согласно, рекомендуемого опросника № 2 с целью сбора сведений у лица, отрицающего опыт употребления наркотических средств)

2. Через какой промежуток времени произошло повторное употребление наркотического средства?

(какой это был наркотик (название); каким способом происходило употребление (курение, через нос путем вдыхания); перорально (через рот), парентерально (через кожу путем инъекционного введения); что при этом чувствовал (а); сколько по времени длилось указанное состояние).

3. В настоящее время как часто Вы употребляете наркотические средства? (с какой эпизодичностью)?

4. В настоящее время, какие Вы употребляете наркотические средства? (каким способом, в какой дозе, что при этом чувствуете; сколько по времени длится указанное состояние).

5. При отсутствии привычного наркотического средства, какие испытываете ощущения (психические и/или физические)?

6. Обращались ли Вы за специализированной медицинской помощью в медицинские учреждения государственные и/или частной формы собственности?

7. Проводилось ли Вам медицинское освидетельствование в наркологическом диспансере (ином) на предмет установления состояния опьянения? (при утвердительном ответе на этот вопрос

необходимо уточнить: когда доставлялся в учреждение; кем доставлялся в учреждение (сотрудники правоохранительных органов, родственники, представители работодателя или др.)

8. Отмечаете ли Вы в последнее время утрату интереса к тому, что Вас раньше увлекало, радовало? (например, занятия спортом, хобби, увлечения, т.е. ранее привычное проведение досуга)

9. Отмечали ли Вы утрату интереса к работе и (или) учебе в связи с употреблением наркотических средств?

10. Приходилось ли Вам конфликтовать с родственниками из-за Вашего пристрастия к наркотическим средствам?

11. У Вас были «передозировки»? (при утвердительном ответе на этот вопрос необходимо уточнить: когда это случилось; оказывалась ли медицинская помощь; доставлялся (-лась) в медицинское учреждение; если доставлялся (-лась), то куда).

12. Поддерживаете ли Вы отношения со своими родителями?

13. Поддерживаете ли Вы отношения со своими детьми, если проживают отдельно по причине развода родителей или иным причинам?

14. Как Вы выполняете свои обязательства по отношению к своей семье?

**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОПРОСНИК № 2 ДЛЯ СЛЕДОВАТЕЛЕЙ
С ЦЕЛЬЮ СБОРА СВЕДЕНИЙ У ЛИЦА,
ОТРИЦАЮЩЕГО ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ**

1. Приходилось ли вам бывать в компаниях, где вместо алкоголя употребляли наркотические средства и/или «легальные» курительные смеси?

2. Приходилось ли Вам употреблять «легальные» курительные смеси?

3. Среди Ваших друзей и (или) знакомых есть употребляющие «легальные» курительные смеси?

4. Среди Ваших друзей и (или) знакомых есть употребляющие наркотики?

5. Приходилось ли Вам или Вашим друзьям испытывать приятные или неприятные ощущения после употребления «легальных» курительных смесей?

6. Приходилось ли Вам или Вашим друзьям испытывать приятные или неприятные ощущения после употребления наркотиков?

7. Возникало ли у Вас желание употребить курительные смеси или другие наркотические вещества, если вы были чем-то расстроены, раздражены или устали?

8. Отличите ли Вы в толпе людей наркомана?

9. Приходилось ли Вам употреблять курительные смеси, потому что без них Вы ощущали дискомфорт физический и (или) психический?

10. Приходилось ли Вам употреблять наркотики, потому что без них Вы чувствовали себя плохо психологически или физически?

11. Бывали ли у Вас проблемы с законом из-за употребления наркотиков?

12. Привлекались ли Вы к уголовной ответственности за участие в незаконном обороте наркотических средств?

13. Привлекались ли Вы к административной ответственности за употребление алкоголя в запрещенных местах или психотропных средств без назначения врача?

14. Проводилось ли Вам медицинское освидетельствование в наркологическом диспансере (ином) на предмет установления состояния опьянения? (при утвердительном ответе на этот вопрос необходимо уточнить: когда доставлялся в учреждение; кем доставлялся в учреждение (сотрудники правоохранительных органов, родственники, представители работодателя или др.)

15. Отмечаете ли Вы в последнее время утрату интереса к тому, что Вас раньше увлекало, радовало? (например, занятия спортом, хобби, увлечения, т.е. ранее привычное проведение досуга).

16. Приходилось ли Вам в последнее время обращаться к врачу из-за ухудшения здоровья (общее недомогание, тошнота, рвота, беспокойство, тревога, нарушения сна, отсутствие аппетита или иные)

17. Отмечали ли Вы утрату интереса к работе и (или) учебе в последнее время в связи с употреблением наркотиков?

18. Приходилось ли Вам в последнее время конфликтовать с родственниками?

19. Поддерживаете ли Вы отношения со своими родителями?

20. Приходилось ли Вам «пробовать» наркотики или другие средства с целью расширения сознания, выхода за рамки восприятия, в иные измерения, для приобретения новых возможностей?

**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОПРОСНИК № 3 для следователей
с целью сбора сведений у лица (родителя),
проживающего с подозреваемым или обвиняемым,
в отношении которого есть основания предполагать наличие
наркомагии**

1. Приходилось ли Вам видеть своего ребенка «пьяным» без запаха алкоголя, если при этом он вел себя странно: был возбужденным или заторможенным, координация была нарушенной, а речь смазанной?

2. Случались ли у Вашего ребенка необъяснимые резкие перепады настроения, неадекватное поведение (словесная или иная агрессия, возбужденное или угнетенное состояние)?

3. Отмечали ли Вы повышенный интерес Вашего сына (дочери) к фармакологическим справочникам, домашней аптечке, сайтам, форумам в Интернете, посвященным эффектам наркотических или психотропных веществ?

4. Вы заметили ухудшение успеваемости, утрату интереса к обучению у Вашего ребенка? В течение какого времени?

5. «Странные» новые знакомые сына (дочери) настораживают меня, вызывают опасения (да, нет).

6. Ребенок стал конфликтным, вспыльчивым, постоянно уходит из дома, игнорируя запреты родителей, возвращается поздно, большую часть времени проводит в своей затемненной комнате (да, нет).

7. Сын (дочь) прекратил (а) заниматься спортом, музыкой, иной внешкольной активностью, хотя раньше посвящал (а) этому много времени (да, нет).

8. Ребенок отказывается выполнять свои обязанности по дому; предъявляет повышенные требования к близким (да, нет).

9. Приходилось ли Вам находить в комнате ребенка или среди его вещей прожженные пластиковые бутылки или иные предметы непонятного назначения?

10. Вам известно о фактах употребления наркотиков ребенка?

11. Ваш ребенок употребляет наркотики?

**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОПРОСНИК № 4 для следователей
с целью сбора сведений у лица (супруга),
проживающего с подозреваемым или обвиняемым,
в отношении которого есть основания предполагать наличие
наркомании**

1. Приходилось ли Вам видеть своего супруга (супругу) «пьяным» без запаха алкоголя, если при этом он вел себя странно: был возбужденным или заторможенным, координация была нарушенной, а речь смазанной?

2. Отмечали ли Вы утрату интереса супруга (супруги) к тому, что раньше его (ее) радовало, увлекало?

3. Как часто Ваш муж (жена) меняет место работы, с чем это связано?

4. Приходилось ли Вам неожиданно узнавать о появлении долгов, невыплаченных кредитах, иных финансовых обязательствах мужа (жены)?

5. Среди знакомых Вашего мужа (жены) стали появляться «странные» люди?

6. Бывало ли так, что супруг (супруга) обращались к врачу с мнимым недомогание, лишь для того, чтобы получить листок нетрудоспособности? Как часто?

7. Не отмечали ли Вы появления у супруга (супруги) необоснованно повышенного уровня требований к окружающим близким?

8. Замечали ли Вы, что отношения в вашей семье с каждым днем становятся все более напряженными и конфликтными, оказались на грани развода?

9. Ваш супруг (супруга) употребляет наркотики?

АРХИВНЫЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ КСППЭ

Филиал № 3 Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения

Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
Отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы
662606 Красноярский край г. Минусинск ул. Советская 39 «б»
Т.8(39-132)2-17-29, факс: 8(39-132)4-03-36

Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов

От 18 июля 2019 года № _____

Начата 18.07.2019

Первичная комплексная амбулаторная судебная психолого-психиатрическая экспертиза на малолетнюю М., 01.10.2009 года рождения, жительницу г. Минусинска Красноярского края, проходящую в качестве потерпевшей по уголовному делу, предусмотренного п. «б» ч. 4 ст. 132 УК РФ (насильственные действия сексуального характера) проведена в составе:

члена комиссии судебного эксперта-психиатра ФИО _____, образование высшее медицинское, психиатрия, категория высшая, стаж работы 21 год, врач эксперт-психиатр отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы филиала № 3 КГБУЗ «ККПНД № 1»,

врача-докладчика судебного эксперта психиатра высшей категории ФИО _____ образование высшее медицинское, психиатрии, стаж работы 47 лет, заведующая отделением амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы филиала № 3 КГБУЗ «ККПНД № 1»,

судебного эксперта-психолога высшей категории ФИО _____, образование высшее, психологическое, стаж работы 17 лет, медицинский психолог амбулаторного отделения судебно-психиатрической экспертизы филиала № 3 КГБУЗ «ККПНД № 1», в присутствии законного представителя – матери М, на основании постановления следователя следственного отдела по Минусинскому району Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Красноярскому краю ФИО от 09.07.2019.

На разрешение экспертам поставлены следующие вопросы:

1. Имеются ли у М. признаки повышенной внушаемости?
2. Имеются ли у М. признаки повышенной склонности к фантазированию?
3. Каков общий уровень психического, в том числе интеллектуального, развития подэкспертной М.? Имеются ли у М. какие-либо

особенности восприятия окружающей действительности, мешающие правильно воспринимать и оценивать окружающую действительность и значение происходящих событий?

4. Способна ли М. по своему психическому состоянию, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания?

5. Учитывая уровень психического развития, возрастные и индивидуально-психологические особенности, находилась ли М. в беспомощном состоянии, в психологическом отношении, в момент совершения в отношении нее преступления, могла ли она понимать характер и значение совершаемых в отношении нее действий и оказывать сопротивление?

6. Страдала ли М, в момент совершения в отношении нее преступлений, каким-либо психическим расстройством, если да, то каким именно?

7. Страдает ли М. в настоящее время каким-либо психическим расстройством, слабоумием, либо иным болезненным состоянием психики, если да, то каким именно?

8. Наступили ли для М. в результате совершенных в отношении нее преступлений тяжкие последствия в виде психологической травмы, либо психического заболевания?

Об уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ эксперты предупреждены,

права обязанности, предусмотренные ст.57 УПК разъяснены:

_____	ФИО
подпись	
_____	ФИО
подпись	
_____	ФИО
подпись	

Из материалов уголовного дела № <...> в одном томе, данных анамнеза, представлений медицинской документации (медицинские справки), характеризующих материалов с места учебы и со слов подэкспертной (использованы методы клинико-патопсихологического экспертного исследования – анамнез, катамнез, медицинское наблюдение, клиническая беседа, описание психологического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств в сочетании с анализом данных соматического, неврологического психического состояния) известно, что подэкспертная родилась в г. Минусинске Красноярского края. Наследственность психопатологически не отягощена. В семье младшая из 2-х детей. Родилась в срок, весом 3550.0 гр., закричала сразу. Росла и развивалась соответственно возрасту, в детстве перенесла простудные заболевания, ветрянку, оспу. Судорожные

приступы, заикания, энурез в дошкольный период не зарегистрированы. ДДУ начала посещать с возраста 2 года 7 месяцев, срывов адаптации не отмечалось. В школу пошла с 6-ти лет, учиться «хорошо». Из характеристики на ученицу 3 «В» класса МАОУ «Гимназия №1»: «М. 01.10.2009 года рождения обучается в МАОУ школа г. Минусинск. До поступления в первый класс посещала детский сад. В начальную школу поступила 1 сентября 2016 года подготовленной. За время обучения в школе девочка показала себя только с положительной стороны. М. добросовестная, исполнительная ученица. В 2018- 2019 учебном году в 3 классе усвоение программного материала прошло хорошо. В учебной деятельности проявляет активное участие. На уроках работает сосредоточенно, особенно интересуется такими предметами, как литературное чтение и окружающий мир. Хорошо решает задачи, легко справляется с решением примеров, усвоила таблицу умножения и деления. Даёт полный ответ на поставленный вопрос. Понимает смысл и причины действий людей и вещей. Отличается самостоятельностью суждений. Память развита слабо, тяжело запоминает, но с удовольствием рассказывает рассказы, басни и стихи, хорошо пересказывает текст, её рассказ эмоционален. Старается внимательно слушать объяснения учителя, не отвлекаться, но иногда встречаются ошибки из-за невнимательности. Удовлетворительно развиты общеречевые умения, может связно передать услышанное и увиденное. На все замечания учителя реагирует адекватно. Сразу старается исправить допущенные ошибки. Все поручения выполняет в срок и добросовестно. Всегда хорошо и в назначенный срок выполняет любое порученное ей дело. Физическое развитие соответствует возрасту. Всегда содержит свои вещи в идеальном порядке. Внешний вид всегда опрятен. Бережет общественное имущество, в классе следит за чистотой и порядком. С одноклассниками в хороших отношениях, есть близкие подруги. Дети в классе уважают М. и не обижают. Домашний контроль хороший. Родители часто посещают школу, интересуются не только успехами М. В семье девочка получает много любви и внимания. Во внеурочное время ходит на тренировку по волейболу». Из акта обследования жилищно-бытовых условий жизни несовершеннолетнего от 25.06.2019 г.: «Несовершеннолетняя воспитывается в полной однородной, благополучной семье, обеспечена всем необходимым для нормального роста и развития». Из справки-характеристики УУП МО МВД России «Минусинский» от 16.07.2019 г.: «М. характеризуется удовлетворительно, жалоб на нее не поступало. По учетам ИЦ ГУ МВД России по Красноярскому краю не значится». На учете у врача-психиатра, врача-нарколога в филиале № 3 КГБУЗ «ККПНД № 1» не состоит (ответ на запрос следователя от 16.07.2019 г.).

Травмы головы с сотрясением головного мозга, оперативные вмешательства, нейроинфекции, туберкулез, гепатит, нанесение самоповреждений не зарегистрировано. Из материалов уголовного дела известно, что 25.06.2019 г. в период с 17 часов до 19 часов неустановленный мужчина, находясь во дворе дома, расположенного по адресу Красноярский край, г. Минусинск, посягая на общественную нравственность, препятствующую нормальному физическому и нравственному развитию несовершеннолетних, с целью удовлетворения своих сексуальных потребностей, осознавая общественную опасность и противоправный характер своих действий, предвидя наступление общественно-опасных последствий в виде нарушения нормального физического, психического, полового и нравственного развития малолетней М., 01.10.2009 года рождения, не достигшей 12 летнего возраста, и в силу возраста, находящейся в беспомощном состоянии, продемонстрировал ей свой половой член, при этом мастурбируя его, совершив тем самым в отношении малолетней М. иные действия сексуального характера с использованием беспомощного состояния потерпевшей.

Следователем следственного отдела по Минусинскому району Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Красноярскому краю вынесено постановление о назначении несовершеннолетней потерпевшей М. КАСППЭ.

подпись

ФИО

подпись

ФИО

При объективном осмотре: невысокого роста, нормостенического телосложения, физическое развитие соответствует возрасту. Следы телесных повреждений отсутствуют. Кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выслушивается, пульс – 84 в минуту, АД = 110/60 мм.рт.ст. Живот безболезненный. Печень, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Неврологический статус: ЧМН, зрачки D=S, реакция зрачков на свет живая, содружественная. Аккомодация и конвергенция не нарушены. Язык по средней линии, асимметрии лица нет. Рефлексы с верхних и нижних конечностей живые, D=S. В позе Ромберга устойчива, координационные пробы выполняет правильно. Патологических стопных и менингеальных знаков нет. Психический статус: внешне опрятна, ухожена. Держится спокойно, несколько скованно. В беседу вступает охотно. Цель проводимого освидетельствования осмысляет недостаточно. Ориентирована в месте пребывания, времени, собственной личности. Мимика и пантомимика живые,

выразительные. Поведение в целом адекватное, вежлива, доброжелательна, общительна, соблюдает чувство дистанции. Речь правильная, словарный запас соответствует возрасту и полученному образованию. На задаваемые вопросы отвечает в плане заданного. Уровень общего развития, знания, кругозор соответствует возрасту. В суждениях инфантильна, поверхностна, соответственно данному возрастному периоду. Задания на сравнение, обобщение, выделение главного выполняет самостоятельно, может пользоваться подсказкой.

Способность к абстрагированию не нарушена. Мышление последовательное, темп не нарушен. Внимание устойчивое, истощаемости не выявляется. Память, интеллект не нарушены. Настроение ровное. Эмоциональные реакции живые, адекватные. На вопросы, касающиеся исследуемой криминальной ситуации, сообщила: «...Днем я гуляла вместе с подружкой Аней во дворе. Потом мы с Аней пошли ко 2-му подъезду, Аня стала звать отца, чтобы он дал ей ключ от домофона...я посмотрела на свой подъезд и увидела, что рядом с дверью стоял мужчина и смотрел на меня...у него была расстёгнута ширинка и в правой руке у него находилась «шестая точка» (половой член)... он обхватил его и совершал движения рукой вверх и вниз...я испугалась, потом во двор вошли мужчина и женщина, и мужчина в красной рубашке убрал «шестую точку» и, застегнув молнию, сел на лавочку спиной к нам...потом мы сели на качели и стали качаться, и я сказала Ане про то, что мужчина возле подъезда хотел сходить в туалет... потом он остановился возле четвертого подъезда, повернулся к нам, опять расстегнул ширинку и достал свою «шестую точку» и стал глядеть в нашу сторону, а правой рукой совершал движения вверх и вниз... я испугалась и побежала в сторону магазина, так как хотела спрятаться... Аня побежала за мной...потом я в другом магазине рассказала продавцу, что какой-то мужчина меня преследует...». Активной психопродуктивной симптоматики (бред, галлюцинации) в беседе не выявляет. Нарушений памяти на события до, во время и после совершенного в отношении нее преступления не выявляет. Критические способности не нарушены.

подпись

ФИО

подпись

ФИО

Экспериментально-психологическое исследование: Методы и методики, применяемые в процессе исследования: наблюдение, беседа, анализ амнестических данных и материалов уголовного дела, 10 слов, басня «галка и голуби», исключение предметов, сравнение понятий, толкование пословиц и метафор, простые аналогии, сюжетные картинки, рисуночные тесты «несуществующее животное», «дом,

дерево, человек», тест Люшера, тест на внушаемость. Во время исследования подэкспертная держится достаточно свободно, с поведением упорядочена, фон настроения ровный, к концу обследования утомляемости не проявляет. Недостаточно четко осмысливает цель обследования. При обсуждении совершенного против нее преступления достаточно последовательно сообщает о происходивших событиях. В процессе исследования задания выполняет в среднем темпе, усваивая инструкции с первого раза. При выполнении заданий ориентируется на оценки экспериментатора, соглашается с замечаниями, стремится учесть их при исправлении своих ошибок. Внимание устойчивое, достаточного объема. Непосредственное механическое запоминание в пределах нормы – кривая воспроизведения 10 слов: 6,8,8,10 слов; отсрочено воспроизводит 7 слов. При запоминании смыслового материала передает содержание положенного короткого рассказа, без каких-либо привнесений и искажений. При зрительном запоминании испытуемая воспроизводит все основные элементы сюжетного изображения, без привнесений и искажений. В единичных случаях, в ответ на провоцирующие ошибки, замечания со стороны экспериментатора, отмечается привнесение отдельных деталей в изображенную ситуацию, что свидетельствует о некоторой склонности испытуемой к внушаемости и подчиняемости взрослым, авторитетным для нее лицам. Однако указанная характеристика не является выраженной и не выходит за рамки естественной возрастной особенности. Склонности к повышенному фантазированию не выявляется. При исследовании мыслительных процессов выявляется невысокий уровень обобщения и абстрагирования. Задания на «исключение предметов», «сравнение понятий» выполняет преимущественно верно, на несложном материале. При усложнении – решения носят конкретно-ситуативный характер, опирается на выделение второстепенных, наглядных признаков. Испытуемая верно устанавливает причинно-следственные логические связи, как на вербальном, так и на наглядно-образном материале. При выполнении методик «сюжетные картинки», «незаконченные предложения» рассказы испытуемой стандартны, кратки, без широкого привлечения творческого воображения. Смысл наиболее простых и распространенных пословиц и метафор объяснить не может.

Обнаруживается средний запас общеобразовательных знаний и сведений. Счетные операции через десяток выполняет верно, но несколько замедленно, затрудняется, порядковый и обратные счёт доступен. Для нее характерны индивидуальные черты личности, такие как подвижность, общительность, достаточная самостоятельность, активность, открытость и хороший контакт с окружающими, стремление к успеху, энтузиазм, есть потребность в любви и заботе, понимании.

Анализируя рисуночные тесты подэкспертной можно отметить отсутствие повышенной склонности к фантазированию, отсутствие агрессивности. Таким образом, по результатам экспериментально-психологического исследования, у подэкспертной нарушений внимания и восприятия не выявлено, средний уровень развития интеллектуальных способностей (без патологии), объем механического запоминания и долговременной памяти в норме, зрительная и смысловая память достаточны, нарушений в эмоционально-волевой сфере не выявлено.

Судебный эксперт-психолог

подпись

ФИО

Закключение: учитывая изложенное, эксперты приходят к выводу, что малолетняя М. каким-либо хроническим и временным психическим расстройством, слабоумием или иным болезненным состоянием психики не страдает и не страдала в момент совершения в отношении нее преступления (ответ на вопрос № 6, 7). Об этом свидетельствуют вышеперечисленные материалы уголовного дела, данные анамнеза, представленной медицинской документации, указывающие на отсутствие каких-либо отклонений в психофизическом развитии с детства по настоящее время, отсутствие поведенческих нарушений, каких-либо странностей, нелепостей в поведении и высказываниях, достаточный уровень общего развития, обучение в школе по общеобразовательной программе, положительная школьная характеристика, отсутствие сведений о наблюдении у врача-психиатра, так и выявленное при настоящем психиатрическом исследовании отсутствие каких-либо патологических расстройств со стороны функций мышления, памяти, внимания, сообразительности, интеллекта, эмоционально-волевой сферы. Что подтверждается и результатами проведенного экспериментально-психологического исследования, не выявшего у подэкспертной нарушений внимания, восприятия, установившего средний уровень развития интеллектуальных способностей (без патологии), объем механического запоминания и долговременной памяти в норме, зрительная и смысловая память достаточны, нарушений в эмоционально-волевой сфере не выявлено. Каких-либо расстройств психической деятельности, психических заболеваний у М. в результате совершенного в отношении нее преступления не отмечается (ответ на вопрос № 8).

подпись

ФИО

подпись

ФИО

Ответы психолога на вопросы: в силу естественных возрастных особенностей для детей свойственна склонность внушаемости, однако степень выраженности данных индивидуально-психологических особенностей у подэкспертной не столь значительна, что могла повлиять на её способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела и давать о них правильные показания, так как признаков повышенной или патологической склонности ко лжи и фантазированию у М. не обнаруживается (ответ на вопрос № 1, 2). По результатам проведенного экспериментально-психологического исследования у малолетней М. нарушений внимания и восприятия не выявлено, средний уровень развития интеллектуальных способностей (без патологии), объем механического запоминания и долговременной памяти в норме, зрительная и смысловая память достаточны, нарушений в эмоционально-волевой сфере не выявлено (ответ на вопрос № 3). Психическое развитие малолетней соответствует нормам ее возрастного периода. У М. не обнаружено психологических особенностей, существенно снижающих способность правильно воспринимать события и давать о них правильные показания (ответ на вопрос № 3, 4). Вопрос о способности потерпевшей понимать характер и значение совершаемых с ней действий в отношении лиц, не достигших 12-летнего возраста, решен действующим уголовным законодательством – согласно примечанию к ст. 131 УК РФ (Федеральный закон от 29.02.2012 г. № 14-ФЗ) эти лица в силу возраста считаются находящимися в беспомощном состоянии (ответ на вопрос № 5).

Малолетняя М. не обнаруживает тяжелых последствий после происшедших событий в виде психологической травмы (у нее не обнаруживается выраженной тревоги, состояния стресса, депрессивного состояния, либо фрустрации) (ответ на вопрос № 8).

Судебный эксперт-психолог: _____
подпись

ФИО

Окончена 31.07.2019 _____

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКИЙ КРАЕВОЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР № 1
ОТДЕЛЕНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ

От 07.02.2014.

№ _____

Судебно-психиатрическая экспертиза, первичная, амбулаторная
Г., 1985 года рождения, подозреваемого по ст. 30 ч. 3, ст. 131 ч. 1 УК
РФ, в попытке изнасилования, проведена в составе:

члена комиссии заведующего отделением, судебно-психиатри-
ческого эксперта высшей категории, стаж работы 44 года, образование
высшее медицинское ФИО _____;

члена комиссии судебно-психиатрического эксперта высшей ка-
тегории, стаж работы 33 года, образование высшее медицинское ФИО
_____;

врача-докладчика врача-психиатра первой категории, стаж ра-
боты 9 лет, образование высшее медицинское ФИО _____,

на основании постановления следователя <....> г. Красноярск
Главного следственного управления Следственного комитета Россий-
ской Федерации по Красноярскому краю <....> от 07.02.2014. на раз-
решение экспертов поставлены следующие вопросы:

1. Страдает ли Г. каким-либо психическим заболеванием, если
да, то каким именно?

2. Не отмечалось ли у Г. в период инкриминируемого ему деяния
признаков какого-либо болезненного расстройства психической дея-
тельности и мог ли он давать себе отчет в своих действиях и руково-
дить ими при совершении инкриминируемого ему деяния?

3. Страдает ли Г. в настоящее время психическими заболевани-
ями, если да, то каков характер этого заболевания, не нуждается ли он
в связи с этим в применении мер медицинского характера?

Экспертам права и обязанности, предусмотренные ст. 57 УКП
РФ, разъяснены. Об уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ экс-
перты предупреждены:

Подписи

При проведении настоящей экспертизы использованы методы
клинико-психопатологического исследования (изучение анамнеза, ме-
дицинское наблюдение, клиническая беседа, описание психического
состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств) в
сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, ма-
териалов дела и приобщенной документации. Из материалов

уголовного дела № <....> в 1-м томе и со слов подэкспертного известно следующее: родился в г. Красноярске, единственным ребенком в полной благополучной семье. Наследственность психопатологически неотягощена. Рос и развивался соответственно возрасту, посещал детский сад, в школу пошел своевременно, с программой справлялся, нарушений в поведении не имел, на учете в ИНД не состоял. Окончил 11 классов и поступил в технологический институт, но на первом курсе был призван в армию, служил в ВВ в г. Москве в 2005-2007 гг., демобилизовался в звании сержанта. После этого около 1,5 лет проживал в г. Москве, работал в рекламном агентстве и в баре администратором, жил с сожительницей, потом с ней расстался и вернулся в Красноярск. В 2009 г. у него внезапно умер отец, тяжело переживал, около полугода злоупотреблял спиртными напитками, работал монтажником лифтов. В 2009 г. наносил себе самопорезы на левое предплечье «из-за девушки». В 2010 г. привлечен по двум делам соответственно ст. 162, 111 ч. 1 УК РФ, осужден к 4 годам и 10 месяцам лишения свободы, освобожден условно-досрочно в июле 2013 г. (справка о судимостях, л.д. 108). Когда вернулся, проживал с матерью, работал разнорабочим на «Монолитстрое». «Проживает с матерью, не работает, склонен к употреблению спиртных и наркотиков...по характеру скрытный, агрессивный, имелись приводы в полицию» (справка-характеристика, л.д. 114). В течение жизни неоднократно травмы головы, не лечился. Судорожные приступы отрицает. Курит, злоупотребление спиртным, употребление наркотических веществ в настоящее время отрицает. Ранее эпизодически курил гашиш. С 09.11. по 14.11.2013 г. находился в условиях круглосуточного стационара КНД с целью обследования и верификации диагноза. Наркотической патологии не выявлено. Рекомендована консультация психиатра по месту жительства (ответ из КНД, л.д. 113). На учете в ККПНД №1 не состоит (л.д. 112). Как следует из материалов уголовного дела, 24.12.2013 г. в ночное время Г. совершил покушение на изнасилование Л., 1957 г.р. После задержания, находясь на ИВС, Г. с суицидальной целью гвоздем вскрыл себе брюшную полость. Находился на стационарном лечении в ХО 1 КБ № 7 с 25.12.2013 г., диагноз: суицидальная попытка; рваные раны передней брюшной полости проникающего характера без повреждения органов брюшной полости. Резаные раны левого предплечья и плеча (справка, л.д.115). 06.02.2013 г. он совершил демонстративно-шантажную попытку – нанес себе многочисленные порезы на руки, шею. 06.02.2014 г. он доставлялся в стационар ККПНД № 1, из показаний заведующего 4 отделением: «Он нанес себе порезы на предплечьях. Г. находился в возбужденном состоянии, высказывал суицидальные мысли, выражался нецензурной бранью в адрес врачей...в связи с отсутствием показаний для стационарного лечения был выписан мною

из отделения после комиссионного осмотра 06.02.2014 г. Попытка суицида Г. носила демонстративно-шантажный характер, выписан с диагнозом: поведение, приводящее к самоповреждениям» (протокол допроса свидетеля Фоменко, л.д. 81). Следователем назначено проведение Г. амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. При настоящем обследовании в помещении ККПНД № 1 г. Красноярска выявлено: **ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ:** жалобы на боли в областях послеоперационного рубца. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В области пупка повязка. В области внутренних поверхностей рук множественные свежие поверхностные самопорезы. Со стороны внутренних органов без острой патологии.

НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: зрачки равновелики, округлой формы, на свет реагируют содружественно. Патологических рефлексов нет, очаговых мозговых симптомов не выявлено.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: напряжен, фон настроения ситуационно снижен, визуального контакта избегает. Ориентирован во всех видах правильно.

Цель и задачи проводимой экспертизы понимает. Сразу начинает предъявлять жалобы на «приступы»: «в жар, пот бросает, громко говорю, хожу по квартире, ерунду несу, потом не помню этого, у меня раздвоение личности, страх, будто что-то со мной случится, придет кто-то, полиция, например, и меня заберет, вижу дома тени, меня много раньше били по голове». Сведения о себе сообщает последовательно, но избирательно, искажает некоторые факты, при указании ему на это раздражается, больным себя не считает, однако утверждает, что ему нужно лечиться у психиатра. По поводу инкриминируемого ему деяния пояснил, что «пошел в магазин за шоколадкой к чаю, познакомился с женщиной, они меня позвали, пошел, выпил с ними, дальше не помню». Отрицает совершение в отношении потерпевшей сексуальных действий, считает, что не способен на такое, когда «узнал об этом, был в шоке и вскрыл себе живот», хотя ранее утверждал, что не помнит, как наносил себе самоповреждения. Понимает противоправность и наказуемость инкриминируемого ему деяния, его защитные установки активны. Запас знаний и уровень интеллекта соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Мышление последовательное, темп не нарушен. Грубых нарушений памяти, внимания не выявлено. Суицидальных мыслей не высказывает. Расстройств восприятия, бредовых идей не выявлено. На основании изложенного экспертная комиссия пришла к **ЗАКЛЮЧЕНИЮ**, что при однократном амбулаторном обследовании Г., 1985 года рождения, решить вопрос о его психическом состоянии не представляется возможным. Для уточнения диагноза и решения экспертных вопросов

рекомендовано проведение стационарной комплексной судебно-психолого-психиатрической экспертизы с предположительным диагнозом: расстройство личности? Защитно-установочное поведение?

Подписи членов комиссии

Заключение
амбулаторной комплексной судебно-психиатрической
экспертизы на свидетеля
Х. 13.12.1971 года рождения,
по п. «б» ч. 4 ст. 132 УК РФ
(совершение насильственных действий сексуального характера
с применением насилия
в отношении лица, достигшего 14-летнего возраста)

№ _____ от 02 мая 2017 года

Амбулаторную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу 02.05.2017 г. провела судебно-психиатрическая экспертная комиссия в отделении АСПЭ ГБУЗ РТ «Респсихбольница», расположенном по адресу: г. Кызыл, ул. Оюна Курседи 157 «а» в составе: _____

на основании постановления старшего следователя Дзун-Хемчинского межрайонного следственного отдела Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Республике Тыва капитана юстиции от 21 марта 2017 года. Для установления факта совершения полового сношения с применением насилия необходимы специальные познания в области судебной медицины. На основании изложенного и руководствуясь ст. 195 (196) и 199 УПК РФ.

На разрешение комиссии поставлены следующие вопросы:

1. Страдала ли Х. в прошлом и страдает ли она в настоящее время психическим расстройством и если да, то каким именно?
2. Способна ли Х. верно воспринимать имеющие значение для дела обстоятельства и давать по ним показания?
3. Имеются ли у Х. признаки повышенной внушаемости?
4. Имеется ли у Х. склонность к повышенному фантазированию?

Об ответственности по ст. 307 УК РФ члены экспертной комиссии предупреждены:

Психиатр-эксперт, докладчик _____

При проведении экспертизы использованы методы клинико-психопатологического исследования (анамнез, катамнез, клиническая беседа, описание психического состояния), анализ имеющихся симптомов психических расстройств в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных экспериментально-психологического исследования.

Из материалов уголовного дела № <....> (в одном томе, листы дела пронумерованы карандашом), со слов испытуемого известно следующее:

Наследственность психопатологически не отягощена. Мать умерла в 2004 году от внезапной остановки сердца на фоне высокого артериального давления, работала сторожем, была инвалидом по соматическому заболеванию. Отец умер в 2002 году от рака ротоглотки, работая товароведом, был кормильцем в семье. Испытуемая родилась 7 из 8 детей, из родных в живых остались 3, старшая сестра не поддерживает отношения, вторая сестра «живет своей жизнью». Взаимоотношения с ними формальные. Психомоторное развитие соответственно возрасту. Детство неорганизованное. Росла спокойным ребенком. В школу пошла с 7 лет. Психически больна с 7-8 лет, когда внезапно на фоне полного здоровья появились судорожные припадки с потерей сознания, с частотой 3-4 раза в месяц, после серии судорожных припадков «слышала единичные отклики». Не могла удержаться дома, постоянно куда-то хотела поехать, бродяжничала. Окончила 10 классов. Затем немного работала на швейной фабрике, на хлебзаводе. Из-за постоянной тяги к бродяжничеству подолгу на одном месте не удерживалась. С этого времени не работала. Впервые находилась на обследовании и лечении в психиатрическом стационаре с 03.03.1992 года по 09.04.1992 год. В отделении первое время была дисфорична, конфликтна, навязчива, агрессивна. На фоне проведенного лечения состояние улучшилось, поведение упорядочилось, не конфликтовала с больными, припадки прекратились. Была вписана с диагнозом: «эпилептическая болезнь с редкими большими судорожными припадками, дисфориями и изменением личности по эпитипу». После выписки постоянно принимала ПЭП. С 1992 года состоит на учете у психиатра с данным диагнозом (25 лет). На приеме у врача-психиатра жаловалась на забывчивость, головные боли, конфликтность, раздражительность. После выписки лечилась амбулаторно. Со слов судорожные припадки 1-2 раз в осенне-весенний период ежегодно, беспокоят головные боли, иногда плохо спит по ночам. Является инвалидом по психическому заболеванию 2 группы бессрочно. Постоянного места жительства не имеет, живет у родственников. В возрасте 41 года родила первенца, с отцом ребенка связь не поддерживает. С 2016 года через общих знакомых познакомилась с обвиняемым, с которым стала сожительствовать.

Со слов он постоянно ее контролировал, угрожал, «рукоприкладствовал». Подэкспертная вредных привычек не имеет. По месту жительства характеризуется с положительной стороны. Из справки характеристики УУП ОУУП и ПДН ПП № 3 МО МВД РФ «Дзун-Хемчикский» (л.д. без №): гражданка Х. по месту жительства характеризуется положительно, редко употребляет спиртные напитки, умеет вести себя в общественных местах. За нарушение общественного порядка в состоянии алкогольного опьянения в дежурную часть пункта полиции № 3 МО МВД РФ «Дзун-Хемчикский» не доставлялась. По характеру спокойная. В настоящее время нигде не работает. От соседей и родственников жалоб и заявлений на имя гражданки Х. не поступало. На учете ОУУП и ПДН ПП № 3 МО МВД РОССИИ «Дзун-Хемчикский» не состоит. По данным ИБД-Регион к административной и уголовной ответственности не привлекалась. Из справки характеристики ПДН ПП № 3 МВД РФ «Дзун-Хемчикский» от 17.03.2017 г. (л.д. № 48): гражданка Х. по месту жительства характеризуется с положительной стороны. К административной ответственности не привлекалась. К уголовной ответственности не привлекалась. В дежурную часть ПП № 3 МО МВД РФ «Дзун-Хемчикский» за нарушение общественного порядка не доставлялась, от близких и знакомых в отношении ее заявлений, сообщений и жалоб не поступало. На профилактическом учете ОУУП и ПДН ПП № 3 МО МВД РФ «Дзун-Хемчикский» не состоит и не состояла. ИЦ МВД РТ (л.д. № 44): сведения о судимости нет. Согласно справке на учете у врача нарколога не состоит (л.д. № 46). Согласно справке на учете у врача психиатра состоит с 1995 года с диагнозом: «расстройство личности в связи с эпилепсией» (л.д. № 46).

Из материалов уголовного дела № <....> (в одном томе, листы дела пронумерованы карандашом), известно следующее: 5 марта 2017 года около 10-11 часов в квартире №<....> дома №<....> по улице <....> района Республики Тыва, О. совершил насильственные действия сексуального характера в отношении лица, не достигшего четырнадцатилетнего возраста, К., 05.04.2013 года рождения. Допрошенная в качестве свидетеля Х. от 16. 03. 2017 г. (л.д. № 33-40): показала, что «по вышеуказанному адресу я проживаю с февраля 2016 года со своим супругом О. Мы начали сожительствовать примерно с февраля 2016 года, после чего 14 февраля 2017 года поженились, общих детей не имеем. У меня есть малолетний сын К., 05.04.2013 года рождения. Я сама родом из с. Тайгинского района, близких родственников, друзей, знакомых в Овюрском районе не имею. С 1994 года я являюсь инвалидом 2 группы бессрочно. В 1992 году один раз лечилась в психиатрической больнице с диагнозом: «эпилепсия», поэтому по состоянию здоровья состою на учете психиатра. Этот диагноз мне поставили со школы. Я сама все нормально понимаю, но у меня бывают приступы

эпилепсии, во время которых мне становится плохо. К. мой первый и единственный ребенок. Я забеременела в 40 лет, и родила его в возрасте 41 года. Беременность у меня протекала без особых осложнений под наблюдением гинеколога и невролога в г. Кызыле. Сына родила в Перинатальном центре г. Кызыла кесаревым сечением без осложнений. После рождения сына врачи мне сказали, что в голове моего сына имеется водянка. До настоящего времени я лечу своего сына от этой болезни. Когда начали жить в селе, то мой сын с двух лет начал посещать детский сад. До двух лет он не говорил и не ходил, я думаю, мой сын немного отставал в развитии, например, начал говорить с 3 лет. О. постоянной работы никогда не имел, подрабатывал на сезонных работах. У него есть свои 3 детей, на которых он платит алименты. Его бывшая супруга с детьми проживают в селе, О. общается только со своим средним 12-летним сыном. Мне известно, что О. ранее был судим, но я не знаю за какое преступление. В целом О. здоровый человек, нигде в больницах на учете не состоит. Психическое здоровье у него нормальное, насколько мне известно, на учете в психиатрическом диспансере не состоит. На моей памяти травм головы у О. не было, он мне о таком не рассказывал. О. говорит только по-тувински, русский язык знает плохо. По вышеуказанному адресу мы проживаем в доме матери О. Своего жилья я не имею. Со свекровью у меня нормальные ровные отношения, она хорошо относится к моему сыну. В конце апреля или в начале мая 2016 года, точную дату не помню, воспитательница моего сына, имени сейчас не помню, показала мне кал с кровью моего сына. Тот же кал я отнесла врачу-инфекционисту, которая сказала мне, что инфекции нет. Потом я отвезла сына к врачу-хирургу, но его на месте не было, после чего я по этому поводу к врачам не обращалась. Потом я об этом забыла, и не обратила внимания на это. Затем, в мае месяце 2016 года, точное время не помню, в дневное время я, О. и мой сын находились во дворе д. № кв. № 1 по ул. ... района. В то время я зашла в дом, чтоб взять таз и мыло. Когда я примерно через минуту вышла во двор, то мой сын плакал. Я спросила у него, что случилось, на что мой сын показал рукой на свое анальное отверстие. В то время он не умел разговаривать. Я заметила в наружной части брюк сына кал, но крови в области анального отверстия сына или на его брюках не было. На мои вопросы сам О. ничего конкретно не пояснил, сразу начал злиться. Тогда я на это внимания не обратила. Сейчас я понимаю, что О. засунул палец в анальное отверстие моего сына. С 1 июня по 19 июля 2016 года О. арестовали за неуплату алиментов. Когда его отпустили в начале августа 2016 года, тети: я, О., мой сын К. и другие родственники поехали отдыхать в аржаан «У лаатай», расположенный в Овюрском районе. В один из дней, точное время не помню, в дневное время, когда мой сын К. и супруг О. находились

внутри автомашины марки УАЗ, то я услышала плач моего сына и побежала к автомобилю. Подойдя к автомашине, я увидела, что О. лежит на полу автомашины, а на его груди лежал мой сын со спущенными брюками весь в слезах. Сам О. был одет, но без сапог, которые лежали рядом. Я вырвала моего сына из объятий О. Мой сын К. опять показывал рукой на свое анальное отверстие. В то время я уже сразу заподозрила, что О. засунул палец в анальное отверстие моего сына. На мои крики и расспросы О. ни в чем не признался, сразу разозлился и бросил в мою голову своим сапогом. Это все видели его вышеуказанные тети и племянники. Очур, заступаясь за меня и моего сына, даже подрался с О. В то время перечисленные родственники О. сами посоветовали мне разойтись с О. и уйти от него. Вообще я несколько раз пыталась уехать от О., но он не отпускал ни меня, ни моего сына. Каждый раз прятал мои документы, а именно мой паспорт, свидетельство о рождении сына, документ моей инвалидности, документы на дом, поэтому я не могла от него уйти. Затем в сентябре месяце 2016 года, точное время не помню, в дневное время в д. <....> кв. 1 по ул. <....> К. и О. находились в зальной комнате. Я сама находилась на кухне, когда услышала, что сын начал плакать. Подойдя в зал, я увидела, что О. и мой сын вместе лежат на диване. Я спросила у сына, что случилось, на что мой сын опять рукой указал на свое анальное отверстие. Я поняла, что О. снова засунул палец в анальное отверстие моего сына. Я уже боялась что-либо спрашивать у О., тем более и так уже стало понятно, я сразу забрала моего сына. Сам О. ничего не сказал, лежал как ни в чем не бывало, как будто ничего не произошло. После этого, в сентябре или в октябре 2016 года, точное время не помню, в дневное время в д. <....> кв. 1 по ул. <....> района, когда мой сын К. и О. находились в комнате матери, а я со свекровью находилась на кухне и готовили еду, то я услышала хрипевший крик моего сына. Я сразу забежала в комнату, где он находился, и увидела, как О. схватил моего сына за горло и душил. Я вырвала от него моего сына. На мои крики и вопросы, почему он душил моего сына, О. ответил, что показал ему Москву. Я забрала моего сына и больше ничего О. не говорила, только свекровь поругала О. Потом 3 января 2017 года в утреннее время в спальне в комнате д. <....> кв. 1 по ул. <....> района К. спал в кровати. В то время О. ходил по дому, свекровь ушла на работу, а я занималась домашними делами. Вдруг я услышала плач моего сына и сразу забежала в спальню. О., который находился с моим сыном в спальне, быстро выбежал из дома, при этом я не успела увидеть, что он делал с моим сыном. Сын жаловался на боль в половом органе, не мог писать. Я заподозрила, что О. трогал моего сына за половой орган, поэтому в тот же день вместе с сыном уехала в г. Кызыл к родной сестре. По приезду в г. Кызыл на половом органе сына я заметила кровь. Об этом

я никому не сказала. Я попросила сестру, чтоб она забрала моего сына и оформила опеку, так как О. не любит его, плохо к нему относится. Органы опеки и попечительства нам отказали, ссылаясь на то, что нет согласия родного отца моего сына. В то время сестра оставила моего сына у себя. Я сама уехала обратно в село, но О. все время просил меня забрать сына. Он дал мне слово, что больше не будет трогать и обижать моего сына, что будем жить дружно, как семья. В то же время он не признавал, что засовывал палец в анальное отверстие моего сына. Я боялась О., так как он постоянно меня избивал, иногда даже угрожал убийством и меня не отпускал из дома, не давал мне возможности работать, беспричинно ревновал. Он избивал меня даже при своей матери. Я боялась обратиться в правоохранительные органы о противоправных действиях О. В то время я поверила О., но в большей степени соскучилась по сыну, поэтому на уговоры О. мы вместе поехали в г. Кзыл и забрали сына из дома моей сестры. 1 марта 2017 года, я запомнила этот день, так как мой сын начал ходить в детский сад «Салгал» с. Солчур, вечером я заметила, как О. засунул свою руку в брюки моего сына, после чего мой сын заплакал. Это все произошло в нашей спальне. Когда О. увидел, что я заметила его действия, то он сразу вытащил руку из брюк моего сына. Я забрала от него моего сына, который сказал, что отец засунул палец в его анальное отверстие. К тому времени мой сын уже начал хорошо и понятно говорить. Когда я начала ругать О., то он начал кидаться и бить меня, поэтому я больше ему ничего не сказала. 2 или 3 марта 2017 года я заметила, что у моего сына покраснели ягодицы. На мои расспросы мой сын ответил, что О. ладонью ударил по попе, ему было очень больно. Я никуда не отходила от моего сына, даже ночью спокойно не спала, была настороже, все время боялась О. Затем 4 марта 2017 года около 10-11 часов я пошла в магазин за хлебом. Дома остались О. и мой сын. Свекровь уехала в село к родственникам. Примерно через 5-10 минут, когда я вернулась домой, то увидела, что мой сын плачет в коридоре, при этом он описался. Я спросила, почему он описался, на что мой сын К. показал на свою попу. О. рядом с сыном в коридоре не было. Я поменяла сыну одежду. В то время я сразу поняла, что О. опять засунул палец в его анальное отверстие. Я сделала О. замечание, на что он сказал, что мой сын К. врет, что он его не трогал. Затем в тот же день 4 марта 2017 года около 13-14 часов я вышла из дома за водой. В то время мой сын К. спал на кровати в нашей спальне. Колодец находится через дорогу от нашего дома. Когда я выходила, то О. дома не было. Набрал воды, я вернулась к дому и услышала, что мой сын плачет в спальне. Я сразу подошла к своему сыну и увидела, что он лежит на кровати и плачет, на его левой щеке были следы укуса, то есть красный круглый след зубов. Мой сын опять описался. На расспросы мой сын

опять показал на свою попу. О. уже находился в доме, он вышел мне навстречу из спальни. Когда я успокаивала своего сына, то начала ругать О., но он опять ни в чем не признался, наоборот ругал моего сына, заявил, что тот врет. Мой сын очень боялся О., поэтому при нем мне ничего не сказал. После этого в тот же день 4 марта 2017 года в вечернее время примерно в 17-18 часов, когда я занималась домашними делами и находилась в прихожей, то К., который был в зале вместе с О., опять заплакал. Когда я зашла в зал, то сын опять показал на свои ягодицы. Когда я меняла ему одежду, то в нижней части анального отверстия заметила окровавленную царапину. Я поняла, что О. причинял боль моему сыну, засунул свой палец в его анальное отверстие. О. я уже ничего не говорила, так как это было бесполезно. Когда О. вышел из дома, то мой сын сказал мне, что О. засунул свой палец в его анальное отверстие. При О. мой сын боится говорить про то, что сделал с ним О. Когда я забирала своего сына из садика, то он часто не хотел идти домой, боялся оставаться наедине с О. Я тоже старалась никуда от сына не отходить, но О. все равно успевал причинять боль моему сыну. У О. есть обычный простой телефон. Я не видела, чтобы он смотрел видео порнографического содержания или фотографии голых лиц. Сексуальные отношения между нами были всегда пассивные, в половые отношения вступали редко. Между нами не было анального секса, он мне такого не предлагал. Я не замечала, чтобы О. проявлял нездоровый сексуальный интерес к чужим детям, но в то же время он вел себя с детьми немного странно, если обращал на них внимание, то играл с ним как-то грубо, например, мог укусить за щеку или ущипнуть. О. часто доводил детей до слез, но я не обращала на это внимание, думала, он просто не умеет обращаться с детьми, ведет себя по-мужски грубо. С моим сыном О. вел себя грубо, разговаривал с ним жестко, как со взрослым мужчиной, нельзя было сказать, что он любил его как своего сына. 5 марта 2017 года мы с О. поругались из-за того, что он хотел продать мой дом, расположенный в г. Кызыл, при этом он избил меня. Документы на дом он спрятал от меня. Он также снова избил меня. 12-13 марта 2017 года О. меня избил, нанес мне множественные телесные повреждения в виде синяков и царапин. В селе проживает моя старшая сестра А., которая проживает по ул. <....>. В г. Кызыл проживает средняя сестра У., которая проживает в <....>. Также в селе проживает младший брат Ч., который проживает на чабанской стоянке. Вчера 15 марта и сегодня 16 марта О. опять избил меня. Сегодня, после того как О. опять избил меня, я поняла, что дальше так жить нельзя, что однажды О. убьет меня или моего сына, или просто по-взрослому изнасилует моего сына. Я поняла, что больше нельзя бояться и молчать о том, что творит О., поэтому обратилась в полицию и рассказала обо всем сотрудникам полиции».

Дополнительно допрошенная в качестве свидетеля Х.. от 21.03.2017 года (л.д. № 191-194) показала, что «16 марта 2017 года я обратилась с заявлением о том, что 4 марта 2017 года днем мой супруг О. три раза засовывал свой палец в анальное отверстие моего сына К. В тот же день в ходе дачи показаний в качестве свидетеля я сказала то же самое, то есть я перепутала дату. 19 марта 2017 года в ходе время проведения очной ставки между мной и О. я вспомнила, что все это происходило 5 марта 2017 года, то есть в воскресенье. Потому что 4 марта 2017 года в вышеуказанном адресе мы находились не одни. 4 марта 2017 года в селе праздновали «масленицу», и к нам в гости приехала двоюродная сестра моего супруга М., которая проживает в селе. Она приехала со своими сыновьями. Затем мать О. уехала вечером вместе с ними. Она часто уезжает туда гостить. Поэтому 5 марта 2017 года весь день мы находились дома одни, то есть я, О. и мой сын К. 5 марта 2017 года мать О. приехала домой вечером. Я ей про О. и К. ничего не сказала. Сказала только, что в течение дня К. три раза описался в брюки». *Допрошенный в качестве подозреваемого О. от 17.03.2017 года (л. д. № 98-101)* показал, что «вопрос следователя к подозреваемому О.: Вы желаете давать показания или отказываетесь? Ответ: показания давать буду. Вопрос следователя к подозреваемому О.: Перед тем как давать показания, со стороны кого-нибудь были давления или принуждения отношении в вас? Ответ: Нет. Вопрос следователя к подозреваемому О.: По вышеуказанному адресу с кем проживаете? Ответ: Проживаю с матерью, супругой Х., сыном К. Вопрос следователя к подозреваемому О.: Что можете сказать по поводу подозрения? Ответ: я 4 марта находился дома с супругой вдвоем. Сын К. тогда находился в доме моей сестры М. Мы с супругой отвели его туда и обратно пришли домой. Вопрос следователя к подозреваемому О.: Вашему сыну К. сколько лет? Ответ: Сейчас 3 года, скоро исполнится 4 года. Вопрос следователя к подозреваемому О.: Каково ваше отношение к сыну? Ответ: У меня к сыну К. хорошее отношение, воспитываю его как своего ребенка. Вопрос следователя к подозреваемому О.: Вы избивали сына, поднимали руку или нет? Ответ: Нет, но ругал с целью воспитания. Вопрос следователя к подозреваемому О.: Вы трогали половой орган сына? В его попу засовывали что-нибудь или свой палец, или нет? Ответ: Нет. Такого не было, как я могу совершить такое, это же омерзительно. Вопрос следователя к подозреваемому О.: Вы спиртное выпиваете или нет? Ответ: Я вообще не пил спиртное. Вопрос следователя к подозреваемому О.: Вы с супругой ссорились или нет? Ответ: Да, мы ссоримся, из-за алиментов, недостатков жизни. Я выплачиваю алименты, ей это не нравится, она из-за этого ругается. Мне больше нечего добавить». *Допрошенный в качестве обвиняемого О. 18.03.2017 (л.д. № 179-182)* показал, что «по поводу предъявленного обвинения

вину свою не признаю. В отношении своего пасынка К. я ничего не совершал. Я уже дал показания в качестве подозреваемого и оставляю данные показания». *Допрошенный в качестве потерпевшего несовершеннолетний К. 16.03.2017* (л.д. № 74-77) показал, что «Вопрос следователя: Как зовут твою мать? Ответ несовершеннолетнего К.: Х. Вопрос следователя: О. это кто? Ответ несовершеннолетнего К.: О. – это мой отец. Вопрос следователя: О. в отношении тебя делал ли плохое или не делал? Ответ несовершеннолетнего К.: Полиция забрала моего отца. Вопрос следователя: О. в отношении тебя делал ли плохое или не делал? Ответ несовершеннолетнего К.: Не делал. Вопрос следователя: Он делал тебе плохое или больно, или не делал? Ответ несовершеннолетнего К.: Делал. Вопрос следователя: О. в отношении тебя когда делал больно? Ответ несовершеннолетнего К.: Вчера утром делал. Вопрос следователя: Что он делал, объясни, что он делал? Ответ несовершеннолетнего К.: Ковырялся спичкой (показывает пальцем). Остался след. Потом сделал так (показал). Далее сделал так (показал). Когда я ушел в садик, он избил маму. Я пришел из сада, потом ушел в поселок, я сбежал. Бил по задку. Потом засунул спичку. Вопрос следователя: Кроме спички, что-нибудь другое засунул? Ответ несовершеннолетнего К.: Нет. Вопрос следователя: Руку, ногу или что-нибудь еще сунул? Ответ несовершеннолетнего К.: Да, делал больно ногтем, когда ковырялся спичкой было больно. Вопрос следователя: Только спичку засунул, или что-нибудь еще сунул? Я имею в виду руку, ногу или палец засунул? Он засовывал палец или нет? Ответ несовершеннолетнего К.: Засовывал, засунул спичку, потом он сунул свой палец в мое анальное отверстие. Вопрос: Когда он засовывал свой палец, спичку тебе было больно? Ответ несовершеннолетнего К.: Да. Вопрос следователя: Ты плакал или не плакал? Ответ несовершеннолетнего К.: Плакал. Вопрос следователя: После того, как О. засовывал в твоё анальное отверстие спичку, свой палец, ты рассказывал своей матери? Ответ несовершеннолетнего К.: Да, когда он избивал нас, его забрала полиция, взяли вот так, и забрали (показал). Вопрос следователя: За что его полиция забрала? Ответ несовершеннолетнего К.: Вот так хотели связать (показал). Вопрос следователя: Когда О. засовывал, где это происходило, где все происходило? Ответ несовершеннолетнего К...: Здесь (указал на попу). Вопрос следователя: Где происходило? Ответ несовершеннолетнего К.: В доме было. Вопрос следователя: Где твой дом находится, в каком селе? Ответ несовершеннолетнего К...: В доме происходило». *Допрошенная в качестве свидетеля Ш.Э 18.03.2017* (л.д. № 183-186) показала, что «в селе по вышеуказанному адресу проживаю с сыном О., его супругой Х., ее сыном К. Мой сын с Х. начали жить с конца февраля 2016 года. К. не является их совместным ребёнком. У моего сына имеется трое детей от первой супруги, которым он

сейчас выплачивает алименты. Поэтому мой сын работает истопником ДЮСШ с/пос. Во время совместного проживания они часто ссорились между собой, друг друга не понимали. Но при мне О. не избивал Х.. Сейчас не помню, когда меня не было дома, О. избил свою жену. Об этом мне рассказала сама Х. Так-то оба трудолюбивые, старательные, общительные, приветливые. У меня к Х. нет никаких претензий. В основном они ссорились из-за сына Х. Я не замечала, что сын когда-либо избивал ребёнка своей жены. О. приходится мне старшим сыном, он родился здоровым, ходил в ясли, с 7 лет начал учиться в школе. В начальных классах обучался хорошо, в старших классах удовлетворительно. В детстве в основном его воспитывали мои родители. В 1990-ые годы он получил черепно-мозговую травму, на учёте невролога не состоит. По характеру О. общительный, отзывчивый, порядочный. Раньше употребляло спиртные напитки. После освобождения из мест лишения свободы с 2015 года он не стал употреблять спиртное, даже сигареты не курит, исправился в лучшую сторону. Я радовалась хорошему поведению сына, он строил планы на будущее, хотел работать чабаном, иметь личное подсобное хозяйство. Я не верю, что мой сын совершил в отношении К. преступление. Он очень любит своих племянников, своих детей. Я не верю в виновность моего сына». *Согласно заключению эксперта (экспертиза освидетельствования) <....> от 27.03.2017 ГБУЗ РТ «БСМЭ» (л.д. № 25):* на основании судебно-медицинского освидетельствования, на имя несовершеннолетнего К., с учётом обстоятельств дела и вопросов, поставленных перед экспертом прихожу к следующему выводу, что у него на теле, в области наружных половых органов, ануса телесные повреждения обнаружены не были.

При настоящем обследовании выявлено следующее:

Соматическое состояние: состояние удовлетворительное. Среднего роста. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Некрологическое состояние: ЧМН: зрачки одинаковые, движения глазных яблок в полном объёме, язык по средней линии, речь внятная. Сухожильные рефлексы D=S, живые. Парезов нет. В позе Ромберга устойчива. Чувствительных расстройств нет.

Экспериментально-психологическое исследование: Использование методики: беседа, наблюдение, анализ материалов уголовного дела, патопсихологический эксперимент. Применялись стандартизированные патопсихологические методики: «10 слов», «Рассказ», «Пиктограммы», «таблицы Шульте», «Исключение предмета», толкование пословиц и метафор, «Сюжетные картинки», «Мини-мульт», «МЦВ Люшера», тест Шмишека. Подэкспертная спокойная, контактная, легко вступает в беседу. Эмоциональные проявления адекватны

контексту беседы, к месту, ситуационно улыбается, смеётся. В ходе беседы на вопросы экспериментатора отвечает в плане заданного. Фон настроения ровный. Основные сведения о себе даёт, в достаточном объёме, за календарным временем следит. Цель экспертизы понимает, считает свои умственные способности «средними». Подэкспертной доступны для понимания инструкции к экспериментальным методикам, усваивает их с первого раза. Внимание без существенных нарушений, отмечаются некоторые трудности переключаемости; по таблицам Шульте: 40''; 45''; 1'17''; 44''; 58''. При исследовании непосредственного запоминания (методика «10 слов») подэкспертная смогла запомнить и воспроизвести 4,7,8,9,9 слов, отсрочено (спустя час) 8 единиц. Фиксируется единичное лишнее слово «земля». Смысловый материал воспроизводит близко к тексту, не отходит от смыслового и эмоционального содержания, скрытый смысл передаёт. Опосредованный материал отсрочено воспроизводит, но недостаточно продуктивно, точно назвала 5, близко- 4 слова. КОЗ=60%. Образы в ассоциативной пробе в основном адекватны предлагаемым понятиям, стандартные, конкретные. Слова абстрактного характера опосредование не доступны («справедливость», «обман»). При исследовании операциональной стороны мышления на фоне доступности простого категориального обобщения наблюдаются ответы более низкого качества, эпизодически - искажение уровня обобщения. Верно исключает лишний предмет и обобщает остальные в несложных пробах, в более усложнённых заданиях поиск подходящего обобщающего понятия вызывает затруднения, при этом неравномерно обобщает на основании функционального, конкретного и второстепенного признаков предметов и объектов. Например, исключает «очки», остальные предметы соединяет по прищепку «все измеряют, показатели»; в пробе с изображением конверта, балалайки, радиоприемника и телефона исключает «письмо», поскольку оно «без звука», когда как другие предметы «звучащие»; «лишняя фуражка, так как без шума, от остальных предметов идёт шум»; исключает «солнце», у него «много света, яркое», свеча, керосиновая лампа, лампа светит тускло, «используются незначительное время». Условные выражения интерполирует адекватно, без посторонней помощи. По методикам, направленным на исследование индивидуально- психологических особенностей, подэкспертная характеризуется изменчивостью настроения, яркой выраженностью эмоций, развитым чувством сострадания, чрезмерной впечатлительностью, подверженностью отчаянию. В зависимости настроения меняется общительность: в период повышенного настроения общительность высокая, и низкая в период подавленности. Отмечаются определенные трудности в социальной адаптации, межличностных отношений, сензитивность к критическим замечаниям со стороны окружающих,

недоверчивость, повышенная обидчивость, подозрительность, склонность к накоплению отрицательных переживаний, злопамятность. В ситуации стресса – вегетативные реакции, защитный механизм в виде вытеснения из сознания негативной информации, или же тревога трансформируется на уровне организма в функциональные нарушения, психоматически. Потребность во внимании и поддержке может замаскирована проявляться в соматических жалобах. По результатам направленных проб склонности к повышенному фантазированию и повышенной внушаемости не выявляется. Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании выявляются некоторые трудности переключаемости, отсутствие существенных нарушений мнестических функций, операциональная сторона мышления не грубо нарушена по типу снижения и эпизодически искажение уровня обобщения, динамически мыслительная деятельность без нарушений. Личность характеризуется акцентуацией черт характера по аффективно-экзальтированному и циклотимному типам; отмечаются определенные трудности в социальной адаптации, межличностных отношений, сензитивность к критическим замечаниям со стороны окружающих, недоверчивость, повышенная обидчивость, подозрительность, склонность к накоплению отрицательных переживаний, злопамятность. В ситуации стресса – вегетативные реакции, защитный механизм в виде вытеснения из сознания негативной информации, или же тревога трансформируется на уровне организма в функциональные нарушения, психоматически. Потребность во внимании и поддержке может замаскирована проявляться в соматических жалобах. По результатам направленных проб склонности к повышенному фантазированию и повышенной внушаемости не выявляется.

Психолог-эксперт

Психическое состояние: сознание ясное. Внешне спокойна, упорядочена. Фон настроения ситуационно снижен. Эмоционально маловыразительна, гипомимична. В беседу вступает достаточно легко. Держится спокойно, на вопросы отвечает по существу, в плане заданного. Ориентирована к себе, окружающим, за текущим временем следит. Цель экспертизы понимает верно. Себя психически больной не считает. Предъявляет жалобы на наличие эпилептических приступов до 1-2 раза в весенне-осенний период, головные боли, усталость, непереносимость жары, духоты, нарушение сна. Сведение о себе даёт в достаточном объёме. События жизни излагает в целом в хронологической последовательности. Говорит, что после серии судорожных припадков «слышала оклики». Об обстоятельствах дела рассказывает аналогично ранним показаниям. Память на прошедшие и текущие события несколько снижена, но без грубых нарушений. Мышление обстоятельное, склонное к детализации. Суждения эгоцентричные,

поверхностные. Интеллект соответствует полученному образованию и опыту. Острой психотики нет.

Заключение: на основании вышеизложенного экспертная комиссия приходит к заключению, что **Х.** страдала ранее, в период времени, относящегося к совершению противоправного деяния, ко времени производства по уголовному делу, и страдает в настоящее *время хроническим психическим расстройством* в виде: **«Органического расстройства личности в следствии эпилепсии (МКБ-10 F 07.02)»** (ответ на вопрос 1). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о возникновении судорожных припадков с 7 летнего возраста на фоне полного здоровья, трудности усвоения школьной программы, нарушения поведения (бродяжничество), кратковременный психотический эпизод в 1992 году с отрывочными слуховыми обманами восприятия после серии эпилептических приступов, аффективные расстройства с дисфориями, что послужило причиной госпитализации в психиатрический стационар и постановкой на учёт у врача-психиатра, определении 2 группы по психическому заболеванию. Настоящее заключение подтверждается данными настоящего клинического и психопатологического исследования, выявившего у **Х.** некоторые трудности переключаемости, отсутствие существенных нарушений мнестических функций, акцентуация черт характера по аффективно-экзальтированному и циклотимному типам; обидчивость, подозрительность, склонность к накоплению отрицательных переживаний, злопамятность, обстоятельность мышления. Вместе с тем *степень имеющихся у неё расстройств не столь выражена и не лишает **Х.** способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, запоминать их и в последующем их воспроизводить и давать о них показания* (ответ на вопрос 2). Признаков патологического фантазирования и патологической лживости у **Х.** не выявлено (ответ на вопрос 4).

Психиатр-эксперт, докладчик _____

Психиатр-эксперт _____

Заключение: психологический анализ материалов уголовного дела, данные направленной беседы с подэкспертным, результаты экспериментально-психологического исследования позволяют сделать вывод о том, что у **Х.** не обнаруживаются таких особенностей мнестических процессов, внимания, восприятия, мыслительных процессов, индивидуально-психологических особенностей, которые препятствовали бы ее способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания (ответ на часть вопроса 2). Признаков склонности к повышенной внушаемости и повышенному фантазированию у **Х.** не выявляются (ответ на вопросы 2 и 3).

Психолог-эксперт _____

План-график выпуска учебных
и научных изданий № 29

Юлия Васильевна Зиненко,
Татьяна Юрьевна Рублева,
Павел Анатольевич Картавский,
Марина Анатольевна Лисняк

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА:
ПОВОДЫ, ОСНОВАНИЯ И ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ

Учебное пособие

ISBN 978-5-7889-0386-6



Подготовлено к изданию Е.Н. Варыгиной, А.О. Скудрой, В.Е. Рыбиным

Подписано в печать 28.11.2025.

Вышло в свет 30.12.2025.

Формат Р 60х84. Бумага типографская.

Гарнитура Times New Roman, PT Astra Serif.

Печать офсетная 13,2 уч.-изд. л. (14,75 усл. печ. л.).

Тираж 100 экз. Заказ _____.

Научно-исследовательский и редакционно-издательский отдел.

Сибирский юридический институт МВД России.

660131, г. Красноярск, ул. Рокоссовского, 20.

Отпечатано в типографии НИРИО СибЮИ МВД России.

660050, г. Красноярск, ул. Кутузова, 6.