

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ТРАНСПОРТА (МИИТ)

ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

---

В. И. Шиян

# Краткий курс лекций по судебной психиатрии

МОСКВА—2018

УДК 343.95  
ББК 56.14я73  
III—65

**Шиян, В. И.** Краткий курс лекций по судебной психиатрии / В. И. Шиян. — М. : Юридический институт МИИТ, 2018. — 125 с.

В кратком курсе лекций, подготовленном для изучения дисциплины «Судебная психиатрия», рассматриваются основы общей психопатологии, судебно-психиатрической экспертизы, принудительных мер медицинского характера, а также эндогенные психические расстройства, слабоумие, алкоголизм и наркомания.

Лекции предназначены для студентов, обучающихся по специальностям «Правовое обеспечение национальной безопасности», «Правоохранительная деятельность» и направлению «Юриспруденция».

Краткий курс лекций одобрен на заседании кафедры «Уголовное право, уголовный процесс и криминалистика» Юридического института Российского университета транспорта (МИИТ) (протокол от 16.06.2017 № 15).

Рекомендуется для слушателей и студентов, обучающихся по программам высшего, среднего специального и дополнительного профессионального образования, а также для практических работников правоохранительных органов и всех интересующихся вопросами судебной психиатрии.

В процессе работы использовалась справочная правовая система КонсультантПлюс.

© Шиян В. И., 2018

© Юридический институт МИИТа, 2018

---

Изд. заказ 34  
Усл.-печ. л. 7,8

Подписано в печать 07.11.2018  
Уч.-изд. л. 6,0

Тираж 50 экз.  
Формат 60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>

---

127994, Москва, ул. Образцова, д. 9, стр. 9.

## Содержание

---

Введение .....	5
<b>Тема 1. Введение в судебную психиатрию.</b>	
<b>Основы общей психопатологии .....</b>	<b>7</b>
1.1. Понятие, предмет и задачи судебной психиатрии .....	7
1.2. История развития судебной психиатрии в России .....	8
1.3. Вменяемость и невменяемость. Критерии невменяемости .....	18
1.4. Дееспособность и недееспособность. Критерии недееспособности .....	21
<i>Вопросы и задания для самоконтроля .....</i>	<i>23</i>
<b>Тема 2. Судебно-психиатрическая экспертиза .....</b>	<b>24</b>
2.1. Понятие и задачи судебно-психиатрической экспертизы .....	24
2.2. Виды судебно-психиатрических экспертиз .....	25
2.3. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы .....	28
2.4. Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов). Структура и содержание .....	31
2.5. Процессуальное положение эксперта-психиатра, его права и обязанности .....	39
<i>Вопросы и задания для самоконтроля .....</i>	<i>43</i>
<b>Тема 3. Принудительные меры медицинского характера в судебной психиатрии .....</b>	<b>44</b>
3.1. Понятие, основания и цели принудительных мер медицинского характера .....	44
3.2. Виды принудительных мер медицинского характера .....	47
3.3. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера .....	48
<i>Вопросы и задания для самоконтроля .....</i>	<i>50</i>
<b>Тема 4. Основы общей психопатологии .....</b>	<b>51</b>
4.1. Причины психических расстройств .....	51
4.2. Симптомы психических расстройств .....	52
4.3. Синдромы психических расстройств .....	62
4.4. Классификация психических расстройств .....	66
<i>Вопросы и задания для самоконтроля .....</i>	<i>69</i>

<b>Тема 5. Эндогенные психические расстройства</b> .....	70
5.1. Шизофрения: понятие, клинические проявления, судебно-психиатрическая оценка.....	70
5.2. Формы шизофрении .....	73
5.3. Эпилепсия: понятие, клинические проявления, судебно-психиатрическая оценка.....	79
5.4. Маниакально-депрессивный психоз: понятие, клинические проявления, судебно-психиатрическая оценка .....	87
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i> .....	92
<b>Тема 6. Умственная отсталость (олигофрения)</b> .....	93
6.1. Понятие, признаки и этиология олигофрении .....	93
6.2. Степени психического недоразвития: идиотия, имбецильность, дебильность .....	94
6.3. Судебно-психиатрическая оценка олигофрении .....	97
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i> .....	100
<b>Тема 7. Алкоголизм</b> .....	101
7.1. Простое алкогольное опьянение: понятие, степени, судебно-психиатрическая оценка.....	101
7.2. Патологическое алкогольное опьянение (острый транзиторный психоз) .....	104
7.3. Алкогольные психозы .....	107
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i> .....	113
<b>Тема 8. Наркомания</b> .....	114
8.1. Понятие и этиология наркомании .....	114
8.2. Основные виды наркомании и их клинические проявления.....	116
8.3. Патопсихологическая характеристика участников незаконного оборота наркотиков .....	120
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i> .....	123
Литература.....	124

## Введение

---

Настоящий краткий курс лекций предназначен для студентов высших учебных заведений юридического профиля. Вместе с тем он может быть полезен для слушателей курсов и институтов повышения квалификации и практических работников правоприменительных органов, социологов и психологов.

В результате изучения курса криминологии обучающийся должен:

### **знать**

- общепризнанные принципы и нормы международного права;
- нормы материального и процессуального права, регламентирующие профессиональную деятельность;
- современное состояние законодательного и ведомственного регулирования судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации;
- организационные основы судебно-психиатрической экспертизы;
- возможности судебно-психиатрической экспертизы;
- права, обязанности и ответственность эксперта;
- правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами;
- порядок применения принудительных мер медицинского характера к лицам, страдающим психическими расстройствами, методы обращения с такими больными;
- медицинские показания и особенности оказания психиатрической помощи лицам, находящимся в местах лишения свободы и обладающим не выраженными психическими расстройствами;
- судебно-психиатрическое значение психических расстройств;

### **уметь**

- выполнять профессиональные задачи в соответствии с нормами морали, профессиональной этики и служебного этикета;
- анализировать правоприменительную и правоохранительную практику, научную информацию, отечественный и зарубежный опыт;
- применять методы проведения прикладных научных исследований, анализа и обработки их результатов;
- использовать теоретические знания судебной психиатрии и формулировать соответствующие выводы;

- правильно формулировать вопросы, подлежащие разрешению, при назначении судебно-психиатрической экспертизы;
- анализировать заключение эксперта и использовать результаты экспертиз как одного из видов доказательств в административном, уголовном и гражданском процессе;
- принимать обоснованные решения в пределах должностных обязанностей с учетом объективизации и систематизации данных на основе знаний судебной психиатрии;

***владеть***

- информацией о внесении изменений и дополнений в нормативные правовые акты, регламентирующие экспертную деятельность;
- навыками анализа различных правовых явлений, юридических фактов, правовых норм и правовых отношений, являющихся объектами профессиональной деятельности судебного психиатра;
- навыками использования судебно-психиатрической терминологии при составлении юридических документов и в общении со специалистами;

# Тема 1. Введение в судебную психиатрию.

## Основы общей психопатологии

---

### 1.1. Понятие, предмет и задачи судебной психиатрии

Понятие «судебная психиатрия» в учебной и научной литературе представлено с разных позиций. В частности, под **судебной психиатрией** понимают:

*прикладную науку*, изучающую психические расстройства применительно к задачам, решаемым в ходе осуществления правосудия по уголовным и гражданским делам;

*самостоятельный раздел (отрасль) медицинской науки* — психиатрии, изучающий психические расстройства в их специальном отношении к уголовному и гражданскому праву.

**Предмет** судебной психиатрии — состояние психического здоровья участников уголовного или гражданского процессов, их психические нарушения и психическая деятельность во время совершения деликта, при проведении экспертизы, которые устанавливаются ретроспективно по материалам, представленным в уголовном или гражданском деле.

Психические заболевания — это результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека с преимущественным поражением головного мозга, особенно его высших отделов.

К современным **задачам** судебной психиатрии относятся:

1) решение вопроса о вменяемости и невменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих сомнения в их психическом здоровье. Необходимы тщательный анализ и обоснование экспертного подхода к таким сложным клиническим проблемам, как ремиссия при шизофрении, психопатии и психопатоподобные состояния различного происхождения;

2) решение вопроса о дееспособности и недееспособности психически больных лиц в гражданском процессе;

3) определение процессуальной дееспособности и психического состояния участников уголовного и гражданского процесса;

4) профилактика правонарушений, в том числе рекомендаций по назначению и выбору конкретных принудительных мер медицинско-

го характера в отношении психически больных лиц, совершивших правонарушение;

5) разработка предложений по совершенствованию норм национального законодательства, касающихся психически больных лиц;

6) проведение психопрофилактических мероприятий в отношении осужденных, имеющих нарушение психики;

7) разработка критериев экспертной оценки отдельных психических заболеваний;

8) оказание помощи в определении следственных действий и методики расследования при отдельных видах правонарушений.

Надлежащее выполнение указанных задач возможно лишь при эффективном взаимодействии судебной психиатрии с **юридическими науками** (уголовным, уголовно-процессуальным, уголовно-исполнительным, гражданским, гражданско-процессуальным правом, криминалистикой, криминологией и др.) и **общественными науками** (философией, социологией, психологией, педагогикой, этикой, логикой), а также **медицинскими науками** (клинической психиатрией, судебной медициной и биологией, неврологией и др.).

## 1.2. История развития судебной психиатрии в России

Исследование вопросов истории развития судебной психиатрии в России обуславливает успешное решение задач, стоящих на современном и последующих этапах ее развития.

В различные периоды истории государства Российского (особенно дореволюционного) суждения о психических расстройствах и мерах, применяемых к психически больным, были противоречивы и непоследовательны.

Положения, устанавливающие «общественное призрение больных, увечных и убогих», появились в законодательстве Российского государства только после принятия христианства (988 год).

Однако лишь в нормах законодательных актов XII в. стали упоминать душевнобольных. В частности, в соответствии с нормами «Судного закона» князя Владимира Мономаха «бесных» исключали из числа свидетелей, а также упоминалось, что лица, «завещающие свое имущество, должны быть в здравом уме и твердой памяти» (глава «О завещании»).



Масштабным явлением в развитии государства и права России стал созыв Стоглавого собора (1551), в материалах которого содержится упоминание о неправильном поведении психически больных, «которые одержимы бесом и лишены разума». Это «удручает жизнь мирных жителей». В результате признали необходимым установить попечение над такими больными.

Поскольку в дореволюционной России длительный период времени доминировали взгляды на психически больных как на одержимых дьяволом, специалистами (экспертами) по делам о совершенных ими преступлениях были священнослужители.

Отношение к психически больным и применяемые к ним меры определялись не только состоянием их психического здоровья, но и их поведением и высказываниями. Несмотря на наличие практики освобождения от уголовной ответственности душевнобольных, нередко были прецеденты, когда психически больные с речедвигательным возбуждением и агрессивным поведением признавались преступниками и попадали в тюрьму. Например, за преступные деяния против царствующего дома, которые выражались в самозванстве и относились к категории наиболее тяжких, несмотря на нелепый и дурашливый характер их совершения, душевнобольных казнили.

В 1669 г. в «Новоуказанные статьи о татевных, разбойных и убийственных делах» включают законодательное положение, согласно которому душевнобольные, глухонемые и дети не могут быть свидетелями. Кроме того, они признавали «бесных» не ответственными за убийство.

В 1677 г. принят первый закон, нормы которого касались имущественных прав душевнобольных: глухие, немые и слепые могли управлять своим имуществом, а пьяницы и глупые (слабоумные) этого права были лишены.

В 1690 г. была проведена первая судебно-психиатрическая экспертиза. В качестве экспертов выступили три врача — дипломированные доктора медицины и философии европейских университетов, служившие при русском дворе. Каждый из врачей представил свое заключение на латинском и греческом языках. Эксперты признали освидетельствуемого психически больным, нуждающимся в надзоре, лекарственном лечении и наблюдении за дальнейшим течением болезни. Тем не менее подобное обстоятельство было исключением из правил. В абсо-

лютом большинстве случаев для разъяснения «психиатрических вопросов» и дачи заключения о наличии психического расстройства у лиц, совершивших преступления, как правило, представители правоприменительных органов обращались не к врачам, а в монастыри.

В допетровскую эпоху именно в монастырях находились душевнобольные для монастырского призрения и выявления психического заболевания в целях установления уголовной ответственности. Таким образом, местом освидетельствования лиц с психическими расстройствами, совершивших преступление, были преимущественно монастыри. Подобное обстоятельство обусловило более гуманное отношение к больным по сравнению с западной моделью, где к пациентам применялись насильственные средства.

Колоссальные по своей значимости петровские реформы не оставили без внимания вопросы психиатрии.

6 апреля 1722 г. Петром I был издан указ «О свидетельствовании дураков в Сенате». Данный нормативный акт преследовал две основные цели: 1) выявление дворянских детей, уклоняющихся от обучения и государственной службы под предлогом юродства и слабоумия от рождения; 2) выявление в дворянских семьях лиц, страдающих психическими расстройствами.

В соответствии с положениями указа «как высших чинов так и нижних чинов людям, ежели у кого в фамилии ныне есть или впредь будет дурак, о таких подавать известие в Сенат, а в Сенате свидетельствовать и буде по свидетельству явятся таковые, которые ни в науку, ни в службу не годились, и впредь не годятся, отнюдь жениться и замуж идтить не допускать и венечных памятей не давать». Помимо пресечения уклонения дворянских детей от службы этот указ заботился и об имуществе душевнобольного. В указе впервые в истории России ставится вопрос о запрещении лицам, страдающим психическими расстройствами, вступать в брак, поскольку от таких браков нельзя ожидать «доброего наследия к государственной пользе».

Освидетельствование дворян в Сенате, продолжавшееся до 1815 г., означало установление дееспособности или недееспособности лиц, уклонявшихся от службы, и имело определенные юридические последствия.

Таким образом, только в XVIII столетии часть функций освидетельствования душевнобольных перешла из монастырей к Сенату —

высшему государственному органу, подчиненному императору и назначаемому им. Полностью эту функцию монастыри утратили лишь к началу XIX в., когда психиатрическое освидетельствование обвиняемых было возложено на врачебные управы.

Указом от 1722 г. было установлено Монастырскому Приказу помещать в монастыри умалишенных и людей осужденных на вечную каторгу, но «не способных» к ней по состоянию здоровья.

В 1723 г. Петр I запретил посылать «сумасбродных» в монастыри и возложил на Главный магистрат обязанность устройства госпиталей, однако за неимением таковых больные вновь направлялись в монастыри.

В отношении лиц, произнесших «государево слово», но оказавшихся душевнобольными, было установлено: «усматривая таких в безумстве, расспрашивать их на месте и к Москве не высылать», что делало душевно больных неподсудными за крамолу в отношении государственной власти. Тем не менее единого уголовно-процессуального документа, устанавливающего освобождение от уголовной ответственности душевнобольных, принято не было.

Нормативными правовыми актами петровской эпохи устанавливались:

- форма и способ освидетельствования в Сенате;
- критерии оценки психического состояния свидетельствуемых, которые использовались при освидетельствовании психически больных в течение всего времени существования царской России.

Отсутствие больниц, должного надзора и организованного выявления душевнобольных привело к тому, что участились случаи совершения душевнобольными общественно опасных деяний, что вынудило власть применить определенные шаги для устранения потенциальной опасности от таких лиц.

В России монастырский период признания психически больных закончился в 1762 г., когда на предложение Сената отдать в монастырь душевнобольных князей Козловских Петр III наложил следующую резолюцию: «Безумных не в монастырь определять, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены доллгаузы».

Во времена правления Екатерины II также издается ряд нормативных правовых актов, регламентирующих общественные отношения в сфере судебной психиатрии. Так, указ 1767 г. обязывал жителей

Санкт-Петербурга сообщать о всех безумных, находящихся у них в домах. В случаях совершения общественно опасного деяния больным, не зарегистрированным в полиции, хозяину дома грозил значительный штраф.

Указом 1775 г. были организованы Приказы общественного призрения, в число обязанностей которых входила забота о домах для умалишенных. С этого времени полномочия монастырей в отношении душевнобольных были прекращены. Вместе с тем вопросы освобождения душевнобольных от ответственности за совершенные ими деяния не были законодательно регламентированы.

18 февраля 1835 г. высочайше утвержденным Указом Государственного Совета впервые был установлен порядок судебно-психиатрического освидетельствования психически-больных в уголовном процессе, однако это касалось только лиц, совершивших убийство или покушение на убийство.

Согласно нормам данного указа судебно-психиатрическое освидетельствование надлежало производить во врачебных управах в соответствии со специальными правилами, устанавливаемыми Медицинским советом. Лица, признанные страдающими психическим расстройством, направлялись для содержания и лечения в дома умалишенных, где им предстояло находиться до выздоровления.

Выписаться из больницы можно было только после полного выздоровления, подтвержденного двухлетним периодом, в течение которого не было замечено никаких признаков болезни. В этом случае возвращалась собственность, находившаяся под опекой. Подобная процедура изначально предназначалась только для представителей имущих слоев населения.

Освидетельствование «крестьян и крепостных людей, находимых безумными», впервые было введено постановлением Государственного Совета лишь в 1845 г.

Следующий этап в развитии отечественной судебной психиатрии начинается с 1860-х гг., т.е. со времени земских и судебных реформ в России.

Благодаря земской реформе 1864 г. стала создаваться так называемая земская медицина, которая стала первой серьезной попыткой организовать медицинскую, в том числе психиатрическую, помощь в сельской местности.

Правительство развернуло строительство окружных психиатрических лечебниц, на которые предполагалось возложить: 1) проведение судебно-психиатрических экспертиз (прежде всего в отношении обвиняемых по государственным делам); 2) содержание в них опасных для общества больных.

Во второй половине XIX в. научные и медицинские взгляды на природу помешательства становятся полностью доминирующими. Однако на практике научно обоснованная судебно-психиатрическая экспертиза существовала лишь в Санкт-Петербурге и университетских городах. На остальной территории Российского государства в абсолютном большинстве случаев судебно-психиатрическую экспертизу проводили лица, незнакомые даже с основами науки о психических расстройствах.

Подобное обстоятельство было обусловлено твердой позицией, что выявление помешательства не является компетенцией только врачей, достаточно мнения умудренного жизненным опытом судьи или иного проницательного лица. В результате суд нередко отказывался от назначения судебно-психиатрической экспертизы.

Существенное значение имело введение судебных уставов и гласного, устного, состязательного судопроизводства. В итоге, в ряде судебных процессов участвовали психиатры-эксперты.

Судебная практика нуждалась в разработке теоретических положений. В частности: 1) концепции невменяемости; 2) вопросов организации и принципов судебно-психиатрической оценки психических расстройств.

Значительный вклад в развитие психиатрии XIX — начала XX вв. внесли такие крупные ученые и клиницисты, как И. М. Балинский, В. М. Бехтерев, И. В. Константиновский (монография по законодательству для душевнобольных), А. У. Фрезе, В. Х. Кандинский (монографии по проблеме невменяемости), врачи В. И. Яковенко., С. Н. Данилло, Я. А. Боткин, В. П. Сербский (основной труд — двухтомник «Руководство по судебной психопатологии»). Именно в XIX столетии появляются законодательные нормы, применявшиеся в судебной и экспертной практике Российской империи и остающиеся актуальными до настоящего времени.

Формирование правовых основ судебно-психиатрической деятельности в советское время ведет отчет с 1918 г., когда Наркоматом

юстиции РСФСР была принята Инструкция об освидетельствовании душевнобольных. Нормы данной Инструкции регламентировали порядок психиатрического освидетельствования по делам о назначении и снятии опеки.

Следующим значимым нормативным актом в рассматриваемой сфере стали Руководящие начала по уголовному праву РСФСР 1919 г., где под невменяемостью понималось: состояние душевной болезни; состояние, когда лицо не отдавало себе отчета в своих действиях.

В частности, в соответствии с п. 14 раздела III «О преступлении и наказании» «суду и наказанию не подлежат лица, совершившие деяние в состоянии душевной болезни или вообще в таком состоянии, когда совершившие его не отдавали себе отчета в своих действиях, а равно и те, кто хотя и действовал в состоянии душевного равновесия, но к моменту приведения приговора в исполнение страдает душевной болезнью. К таковым лицам применяются лишь лечебные меры и меры предосторожности»<sup>1</sup>.

Впоследствии определение невменяемости развивалось и уточнялось в Уголовных кодексах РСФСР 1922, 1926, 1960 гг., Основных началах уголовного законодательства 1924 г., Уголовных кодексах союзных республик, Законе СССР от 25 декабря 1958 г. «Об утверждении Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик».

Например, в Основах уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик 1958 г. невменяемость определялась как состояние, когда лицо «не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния» (ст. 11).

«К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, устанавливаемые законодательством союзных республик.

Не подлежит наказанию также лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишаящей его возможности отдавать

---

<sup>1</sup> См.: Постановление Наркомюста РСФСР от 12 декабря 1919 г. «Руководящие начала по уголовному праву Р.С.Ф.С.Р.».

себе отчет в своих действиях или руководить ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию»<sup>1</sup>.

Аналогичная норма содержалась и в УК РСФСР 1960 г.

Глава 6 УК РСФСР 1960 г. была посвящена порядку применения принудительных мер медицинского характера и предусматривала для душевнобольных, признанных невменяемыми, помещение в психиатрическую больницу:

- 1) с обычным наблюдением;
- 2) с усиленным наблюдением;
- 3) со строгим наблюдением.

Указанные лечебные учреждения находились в ведении органов здравоохранения.

Уголовно-процессуальное законодательство регламентировало порядок производства судебно-психиатрической экспертизы, определения психического состояния обвиняемого (гл. XVI).

В соответствии со ст. 61 УПК РСФСР 1923 г. «лица, которые ввиду своих, физических и психических недостатков не способны правильно воспринимать имеющие значение по делу явления и давать о них правильные показания», не могут быть вызываемы и допрашиваемы в качестве свидетелей.

Согласно ст. 63 УПК РСФСР 1923 г. «вызов экспертов обязателен для определения психического состояния обвиняемого или свидетеля в тех случаях, когда у суда или у следователя по этому поводу возникают сомнения».

УПК РСФСР 1960 г. установил действующий и поныне порядок производства судебных экспертиз, в том числе и судебно-психиатрических.

Традиционно в советском периоде организации психиатрической помощи населению выделяют три основополагающих этапа.

*Первый этап* (1919—1929) имел следующую отличительную особенность:

- постепенное накопление опыта экспертной работы;

---

<sup>1</sup> См.: ст. 11 Закона СССР от 25 декабря 1958 г. «Об утверждении Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик».

- разработка новых организационных форм судебно-психиатрической экспертизы;
- определение порядка применения принудительных мер медицинского характера;
- формирование правовой основы судебно-психиатрической деятельности;
- развитие научно-теоретической базы судебно-психиатрической деятельности.

*Второй этап* (1930—1950) ознаменовался:

- организацией сети судебно-психиатрических учреждений (отделений, экспертных комиссий) в системе органов здравоохранения;
- развитием научных исследований в области судебной психиатрии;
- масштабной подготовкой квалифицированных кадров — судебных экспертов в психиатрической области знания.

*Третий этап* (1951—1993) характеризовался:

- дальнейшим развитием всех предыдущих направлений судебно-психиатрической деятельности и разработкой новых;
- активной разработкой и внедрением новых методов исследований, что позволило значительно расширить диагностические и экспертные возможности;
- введением современных терапевтических средств в лечебную практику судебно-психиатрических стационаров;
- разработкой системы судебно-психиатрических критериев и оценок при всех клинических формах психического расстройства.

В советский период развитие судебной психиатрии осуществлялось по разным направлениям. В числе основных:

- изучение клинических и организационных аспектов судебно-психиатрической экспертизы и принудительных мер медицинского характера;
- выявление и исследование медицинских и иных обстоятельств, обуславливающих совершение психически больными общественно опасных деяний;
- разработка мер предупреждения общественно опасных деяний, совершаемых лицами, страдающими психическими расстройствами;
- выявление и устранение проблем, возникающих в процессе психиатрического освидетельствования осужденных;



— совершенствование взаимодействия между научными и практическими учреждениями судебной психиатрии, а также правоохранительными органами и др.

На дальнейшем совершенствовании судебной психиатрии негативно сказались распад Союза ССР и вызванные этим событием многочисленные кризисы, носящие социально-экономический, политический, идеологический и иной характер.

Однако в сложные 1990-е гг. развитие судебной психиатрии не остановилось. В первую очередь благодаря деятельности доктора медицинских наук, профессора, академика РАМН, главного специалиста-психиатра Минздравсоцразвития России Т. Б. Дмитриевой, которая практически 20 лет возглавляла Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. В течение этих лет были созданы:

— система последипломной подготовки врачей — судебно-психиатрических экспертов от первичной специализации до сертификационных курсов повышения квалификации;

— кафедра социальной и судебной психиатрии при ММА имени И. М. Сеченова.

Кроме того:

— в 2000 г. отечественная психиатрия (включая судебную) перешла на использование Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (ICD-10);

— в 2001 г. был принят Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» с правовой регламентацией проведения амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертиз;

— в 2002 г. официальный статус получила новая медицинская специальность — «Судебно-психиатрическая экспертиза», разработаны и введены в практику квалификационные и сертификационные требования к специальности;

— в 2003 г. был подписан приказ Минздрава России № 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе», утвердивший Инструкцию по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», Инструкцию по заполнению отраслевой учетной формы №

105/у-03 «Журнал учета судебно-психиатрических экспертиз», Инструкцию по заполнению отраслевой отчетной формы № 38 «Сведения о работе отделений судебно-психиатрической экспертизы»;

— были разработаны новые направления в судебно-психиатрической деятельности — экологической, промышленной, этнокультурной психиатрии, организации медико-психологической помощи при чрезвычайных ситуациях, террористических актах, профилактики безнадзорности и беспризорности среди детей и подростков и др.

Судебно-психиатрическая экспертиза стала формой экспертной деятельности, включающей несколько подвидов экспертиз: однородные, комплексные (психолого-психиатрические, сексолого-психолого-психиатрические) экспертизы, различные виды экспертиз по гражданским делам, включая определение дееспособности, сделкоспособности при совершении имущественных сделок, посмертные экспертизы.

Судебная психиатрия в своем развитии прошла долгий эволюционный путь, накопила огромный потенциал для дальнейшего совершенствования.

### **1.3. Вменяемость и невменяемость. Критерии невменяемости**

Основной проблемой судебной психиатрии, имеющей большое практическое значение, является проблема вменяемости. Это связано с тем, что в подавляющем большинстве случаев при проведении судебно-психиатрической экспертизы решается вопрос вменяемости-невменяемости. Экспертные заключения этого вида значительно преобладают над экспертизами по гражданским делам, экспертизами свидетелей и потерпевших.

**Вменяемость** — это психическое состояние лица, заключающееся в его способности по состоянию психического здоровья, по уровню социально-психологического развития и социализации, а также по возрасту осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, руководить ими во время совершения преступления и нести в связи с этим уголовную ответственность.

Для того чтобы признать лицо, совершившее общественно опасное деяние, вменяемым, необходимо установить, что оно обладает необходимыми психическими свойствами личности, а именно:

1) в состоянии *осознавать* фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия);

2) способностью *руководить* своими действиями (волевой аспект психической деятельности).

*Осознание фактического характера* преступления означает понимание лицом связи между совершаемым им деянием и наступившими последствиями (осознает, что лишает человека жизни). *Осознание общественной опасности* означает, что лицо понимает социальный смысл своего деяния, понимает опасность его для общества.

Возможность *руководить* своими действиями предполагает, что деяние лица полностью контролируется его волей. В волевом процессе принято различать несколько этапов:

- побуждение, осознание цели и стремление достичь ее;
- осознание ряда возможностей достижения цели;
- борьба мотивов;
- принятие одного из возможных решений;
- осуществление принятого решения.

Осознание фактического характера и общественной опасности деяния, а также возможность руководить им зависят от следующих факторов: 1) определенного уровня интеллектуального развития; 2) социальной зрелости; 3) достижения указанного УК РФ<sup>1</sup> возраста.

**Невменяемость** — это совокупность медицинского и юридического критериев, установленная судом и указывающая на то, что лицо не подлежит уголовной ответственности за совершенное им общественно опасное деяние, предусмотренное УК РФ. Невменяемость является правовой категорией, так как только суд может признать лицо невменяемым.

Понятие невменяемости складывается из *двух критериев*, совокупность которых и характеризует это состояние:

- 1) юридического (психологического);
- 2) медицинского (биологического).

**Юридический критерий** характеризуется двумя признаками:

---

<sup>1</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ.

а) *интеллектуальный* — предполагает невозможность (неспособность) лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия);

б) *волевой* — неспособность лица руководить своими действиями (бездействием).

Уголовный закон для признания наличия юридического критерия требует установления не обязательно обоих признаков, а хотя бы одного из них — либо интеллектуального, либо волевого.

Наличие одного лишь юридического критерия не является основанием для признания лица невменяемым. Необходимо установить, что лицо не осознавало фактического характера и общественной опасности своих действий (бездействия) или не могло ими руководить именно по причинам, относящимся к медицинскому критерию.

**Медицинский критерий** указывает на причины возникновения юридического критерия невменяемости, каковыми альтернативно могут выступать четыре вида психических расстройств: хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие либо иное болезненное состояние психики (ч. 1 ст. 21 УК РФ).

*Хронические психические расстройства* — длительно протекающие заболевания. Иногда они могут протекать и приступообразно (т.е. с улучшением или ухудшением психического состояния), однако способны оставлять после себя стойкий психический дефект. К таким психическим заболеваниям относятся: шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, паранойя, маниакально-депрессивный психоз и другие болезни психики.

*Временное психическое расстройство* — это психические заболевания, продолжающиеся в течение определенного срока и заканчивающиеся выздоровлением. К таким заболеваниям относятся:

— реактивные симптоматические состояния, вызванные тяжелыми потрясениями или переживаниями;

— так называемые исключительные состояния, вызванные употреблением алкоголя на фоне повышенных нервных и физических перегрузок (патологическое опьянение, сумеречное состояние сознания, просоночные состояния, патологический аффект и др.).

*Слабоумие* — болезненное состояние психики, которое характеризуется неполноценностью умственной деятельности. Самостоя-

тельное судебно-психиатрическое значение имеет врожденное слабоумие (олигофрения). Выделяются три степени врожденной олигофрении: 1) легкая (дебильность); 2) средняя (имбецильность); 3) глубокая, тяжелая степень поражения умственной деятельности (идиотия).

*Иные болезненные состояния психики* — это совокупность различных отклонений (нарушений) психической деятельности, возникающих на фоне разного рода расстройств здоровья, заболеваний и иных неблагоприятных для психического здоровья факторов. Так, например, брюшной тиф, не являясь психическим заболеванием, может сопровождаться помрачением сознания, галлюцинациями, во время которых у больного может быть снижена или даже нарушена способность к умственной или волевой деятельности. Подобное может наблюдаться и при травмах головного мозга, опухолях мозга и других непсихических заболеваниях.

Само по себе наличие медицинского критерия не является достаточным для признания лица невменяемым.

Для признания невменяемости требуется наличие и юридического, и медицинского критериев.

Состояние невменяемости определяется только на момент совершения преступления, поэтому неправильно употребление термина «невменяемый» к лицу, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство.

Вывод о невменяемости всегда основывается на заключении судебно-психиатрической экспертизы.

## **1.4. Дееспособность и недееспособность.**

### **Критерии недееспособности**

Современное понимание гражданско-правового положения личности предусматривает максимальное соблюдение прав человека и, в частности, расширение прав психически больных. Судебно-психиатрическая экспертиза направлена на защиту гражданских прав и интересов психически больных — участников гражданского процесса.

**Дееспособность** — это способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность).

Согласно закону дееспособность возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, т.е. по достижении 18-летнего возраста (ст. 21 ГК РФ), когда человек достигает психической зрелости и приобретает достаточный жизненный опыт, что определяет его способность правильно понимать и регулировать свои поступки. Дееспособность в отличие от правоспособности связана с определенными качествами гражданина: способностью понимать значение своих действий, руководить ими и предвидеть последствия их совершения. Эти качества зависят не только от возраста, но и от состояния психики. При различных болезненных нарушениях психики и у человека, достигшего психической зрелости, может отсутствовать способность понимать значение своих действий и регулировать свое поведение. В подобных случаях возникает вопрос о возможности такого гражданина осуществлять свои гражданские права и исполнять гражданские обязанности, т.е. о его дееспособности.

**Недееспособность** — юридическое понятие, означающее утрату лицом способности самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности вследствие глубоких нарушений психической деятельности. Определяется по заключению судебно-психиатрической экспертизы, назначаемой судом при рассмотрении гражданских дел.

Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном законом. Над ним устанавливается опека. От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека (ст. 29 ГК РФ).

**Критерии недееспособности:**

- 1) *медицинский* — психическое расстройство;
- 2) *юридический* — неспособность понимать значение своих действий или руководить ими.

Установление диагноза психического заболевания еще не определяет решения о невозможности понимать значение своих действий или руководить ими. Решающее значение имеет установление степени, глубины и тяжести диагностированных психических расстройств, опреде-

ляемых юридическим критерием. Таким образом, для признания лица неспособным понимать значение своих действий или руководить ими и самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности необходимо совпадение медицинского и юридического критериев.

*Понятия недееспособности и невменяемости имеют много общего, но отождествлять их нельзя.* На это указывал еще В. П. Сербский (1895), который подчеркивал, что дееспособность и способность ко вменению не идентичны. На практике эти критерии могут совпадать, в основном только в тех случаях, где речь идет о хроническом, неблагоприятно текущем душевном заболевании, сопровождающемся глубокими, необратимыми изменениями психики. Однако в последние десятилетия при широком применении активной терапии психических заболеваний наметилась общая тенденция к более легкому их течению с формированием стойких ремиссий и социальной адаптацией больных. При этом особенно отчетливым становится положение о том, что не всякое невменяемое лицо является недееспособным, и наоборот. Прежде всего следует подчеркнуть различие содержания медицинского критерия этих двух понятий. Так, медицинский критерий невменяемости включает хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие и иное болезненное состояние психики, в то время как содержание медицинского критерия недееспособности ограничивается обобщенным понятием «психическое расстройство».

### **Вопросы и задания для самоконтроля**

1. Какие основные нормативные правовые акты, регулирующие взаимодействие психически больных людей с обществом и государством, были приняты в период с 1919 по 1993 гг.?
2. Назовите основные задачи судебной психиатрии.
3. Сформулируйте понятие вменяемости.
4. Сформулируйте понятие невменяемости.
5. Назовите критерии невменяемости.
6. Какие признаки включает юридический критерий невменяемости?
7. Каковы причины возникновения юридического критерия невменяемости?
8. Можно ли отождествлять понятия недееспособности и невменяемости?

---

## Тема 2. Судебно-психиатрическая экспертиза

---

### 2.1. Понятие и задачи судебно-психиатрической экспертизы

**Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ)** — это один из видов судебной экспертизы, который проводится одним или группой экспертов с использованием специальных знаний в области психиатрии.

СПЭ проводится только в государственных судебно-экспертных учреждениях, т.е. специализированных учреждениях федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, созданных для обеспечения исполнения полномочий судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей посредством организации и производства судебной экспертизы.

Организация и производство СПЭ может осуществляться также экспертными подразделениями, созданными федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов РФ. В случаях, если производство СПЭ поручается указанным экспертным подразделениям, они осуществляют функции, исполняют обязанности, имеют права и несут ответственность как государственные судебно-экспертные учреждения.

К числу основных *задач* судебно-психиатрических экспертиз относятся:

- определение вменяемости — невменяемости;
- определение дееспособности — недееспособности;
- определение процессуальной дееспособности в уголовном процессе (ст. 81 УК РФ);
- определение процессуальной дееспособности в гражданском судопроизводстве;
- рекомендации по применению принудительных мер медицинского характера;
- определение возможности психически больных осужденных (по медицинским показаниям) отбывать наказание в исправительных учреждениях.



## 2.2. Виды судебно-психиатрических экспертиз

Традиционно к числу основных видов СПЭ относятся: *амбулаторная, стационарная, в суде, в кабинете следователя, заочная (посмертная)*.

**Амбулаторная СПЭ** проводится судебно-психиатрическими амбулаторными комиссиями, которые состоят не менее чем из трех врачей-психиатров: председателя, члена комиссии и докладчика. Персональный состав амбулаторной экспертной комиссии утверждается местными органами здравоохранения по представлению республиканского, краевого, областного или городского психиатра. Если амбулаторная экспертиза не может ответить на поставленные на ее разрешение вопросы, она дает заключение о необходимости направления испытуемого на стационарное обследование.

**Стационарная СПЭ** проводится только в психиатрических стационарах, где организуются стационарные судебно-психиатрические экспертные комиссии, состоящие не менее чем из трех врачей-психиатров: председателя, члена комиссии, докладчика, проводящего наблюдение за испытуемыми. Персональный состав комиссии утверждается местными органами здравоохранения.

**СПЭ в кабинете следователя** может производиться единолично врачом-психиатром или комиссионно. После обследования обвиняемого или подозреваемого эксперт (комиссия экспертов) дает свое заключение или указывает на необходимость проведения дополнительной амбулаторной или стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

**Заочная СПЭ** проводится лишь в исключительных случаях, когда подэкспертный не может быть доставлен для личного освидетельствования, в частности, когда находится вне пределов Российской Федерации.

**Посмертная СПЭ**, которая наиболее сложна для экспертов-психиатров, всегда связана с решением вопроса о психическом состоянии субъекта во время деяния. Она, как правило, проводится в гражданском судопроизводстве, и трудность ее заключается, прежде всего, в том, что качество и количество материалов, которые бы характеризовали действия и личность покойного, ограничены. Посмертная СПЭ призвана устранить последствия болезненных действий больно-

го, что вызывает необходимость оценивать психическое состояние подэкспертного ретроспективно (после его смерти). В этом сложность указанных экспертиз, так как экспертное заключение основывается лишь на изучении материалов дела медицинской документации (если она имеется) и показаниях свидетелей. Поводом для назначения посмертной СПЭ являются, например, судебные иски о признании недействительным завещания (дарственной записи, сделок), оформленного лицом, в психической полноценности которого возникли сомнения.

В соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации<sup>1</sup> предусмотрены следующие общие виды экспертиз:

1) **первичная судебно-медицинская экспертиза** — первоначальное исследование объекта с составлением заключения эксперта. Назначается в случаях, когда необходимы специальные познания в науке. Как правило, первичную экспертизу проводит один эксперт. В случае неясности или пробелов в заключении эксперта закон предусматривает за лицом, назначавшим экспертизу, возможность уточнения путем допроса эксперта (ст. 205 УПК РФ);

2) **дополнительная судебно-медицинская экспертиза**. Назначается при недостаточной ясности или полноте заключения эксперта, а также при возникновении новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств уголовного дела. Ее производство может быть поручено тому же или другому эксперту;

3) **повторная судебно-медицинская экспертиза**. Назначается, когда возникают сомнения в обоснованности заключения эксперта

---

<sup>1</sup> См., например: Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ (далее — УПК РФ); Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»; приказ Минюста России от 20 декабря 2002 г. № 347 «Об утверждении Инструкции по организации производства судебных экспертиз в судебно-экспертных учреждениях системы Министерства юстиции Российской Федерации»; приказ МВД России от 29 июня 2005 г. № 511 «Вопросы организации производства судебных экспертиз в экспертно-криминалистических подразделениях органов внутренних дел Российской Федерации»; приказ МЧС России от 19 августа 2005 г. № 640 «Об утверждении Инструкции по организации и производству судебных экспертиз в судебно-экспертных учреждениях и экспертных подразделениях федеральной противопожарной службы» и др.

или наличия противоречий в выводах эксперта или экспертов по тем же вопросам. Производство поручается другому эксперту;

4) **комиссионная судебно-медицинская экспертиза** производится не менее чем двумя экспертами одной специальности. Данный вид экспертизы определяет следователь либо руководитель экспертного учреждения, которому поручено ее производство.

В случаях, когда по результатам проведенных исследований мнения экспертов по поставленным вопросам совпадают, ими составляется единое заключение. Если возникают разногласия, то каждый из экспертов, участвовавших в производстве судебной экспертизы, дает отдельное заключение по вопросам, которые вызвали разногласие.

#### **Классификация судебно-психиатрических экспертиз**

*В зависимости от условий проведения:* в экспертном учреждении (амбулаторная и стационарная), в кабинете следователя, в зале суда, СПЭ на дому.

*В зависимости от возраста подэкспертных:* СПЭ взрослых и несовершеннолетних.

*В зависимости от вида судопроизводства и процессуального положения подэкспертного:*

а) СПЭ по уголовным делам: судебно-психиатрическая экспертиза подозреваемых и обвиняемых, которые находятся под стражей и не находятся под стражей; свидетелей; потерпевших;

б) СПЭ по гражданским делам: истцов; ответчиков; лиц, жалобы которых рассматриваются в порядке гражданского судопроизводства; свидетелей; лиц, в отношении которых решается вопрос об их дееспособности, дееспособности.

*В зависимости от числа проводящих СПЭ экспертов:* единоличная и комиссионная.

*В зависимости от специальности проводящих СПЭ экспертов:* однородная и комплексная.

*В зависимости от условий проведения и специальности экспертов:*

- 1) однородная амбулаторная СПЭ;
- 2) однородная заочная, в том числе посмертная, судебно-психиатрическая экспертиза;
- 3) однородная стационарная СПЭ;
- 4) комплексная амбулаторная СПЭ;

- 5) комплексная амбулаторная СПЭ;
- 6) комплексная заочная, в том числе посмертная, СПЭ;
- 7) комплексная заочная, в том числе посмертная, судебная сексолого-психиатрическая экспертиза;
- 8) комплексная стационарная судебная психолого-психиатрическая экспертиза;
- 9) комплексная стационарная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза;
- 10) комплексная стационарная судебная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза.

### **2.3. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы**

**Фактическими основаниями для назначения судебно-психиатрической экспертизы являются следующие.**

1. Сомнения у следователя или суда в «нормальном состоянии психического здоровья обвиняемого, потерпевшего, свидетеля или лица, гражданский спор которого решается в суде». К обстоятельствам, которые вызвали подобные сомнения, могут быть отнесены, например, наличие оказания психиатрической помощи в прошлом.

2. Протivoестественное или ничем не мотивированное, особо жестокое, психологически бессмысленное преступление.

3. Станные и нелогичные действия, высказывания и т.д. подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, свидетелей, потерпевших, истцов, гражданских ответчиков в уголовном, гражданском и административном судопроизводстве.

4. Нахождение вышеуказанных лиц на учете в психоневрологических диспансерах или в психиатрических стационарах, прохождение ими ранее судебно-психиатрической или иных видов (военной) психиатрической экспертизы.

5. Перенесенные данными лицами травмы головного мозга (черепно-мозговые травмы) или его заболевания (менингиты, энцефалиты, сифилис или их последствия).

6. Задержка в психическом развитии у вышеуказанных лиц, неадекватное снижение работоспособности, отставание в период обучения в школе.

7. Учеба в учреждении для лиц с задержкой или отставанием в психическом развитии.

8. Пребывание в психоневрологических диспансерах (ПНД).

**Юридическими основаниями производства экспертизы** в отделе СПЭ является постановление или определение суда, судьи, дознавателя, следователя, прокурора о назначении экспертизы.

Основанием назначения стационарной экспертизы подозреваемому или обвиняемому, который не содержится под стражей, является только судебное решение.

Традиционно при назначении судебно-психиатрической экспертизы на разрешение экспертов ставятся вопросы, позволяющие:

— выяснить характер и степень психического расстройства во время совершения предусмотренного уголовным законом общественно опасного деяния, в ходе предварительного расследования или рассмотрения дела судом;

— установить, могло ли лицо в указанные периоды осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

Вместе с тем, учитывая обстоятельства совершенного деяния и вид экспертизы, могут быть поставлены следующие вопросы:

*Способен ли подэкспертный по своему психическому состоянию предстать перед следствием и судом и нести ответственность за содеянное?*

*Если подэкспертный страдает психическим расстройством (заболеванием), то связано ли оно с возможностью причинения ему существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц?*

*Нуждается ли подэкспертный в направлении на стационарную комплексную психиатрическую судебную экспертизу?*

*Имеются ли у подэкспертного отклонения от нормального для данного возраста уровня психического развития?*

*Если имеется умственная отсталость, в чем она выражается, каковы ее причины?*

*Какому возрасту соответствует развитие подэкспертного?*

*Находился ли подэкспертный в момент совершения преступлений в состоянии физиологического аффекта?*

*Находился ли подэкспертный в момент совершения преступлений в эмоциональном состоянии (стресс, фрустрация, растерянность и др.), которое могло существенно повлиять на его сознание?*

*Имеется ли у несовершеннолетнего подэкспертного склонность к фантазированию?*

*Каковы основные индивидуально-психологические особенности подэкспертного и могли ли они оказать существенное влияние на его поведение в момент совершения инкриминируемого ему преступления, и если да, то как именно?*

*Имеются ли отклонения в сексуальной сфере жизни подэкспертного?*

Согласно п. 6 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 7 апреля 2011 г. № 6 «О практике применения судами принудительных мер медицинского характера» перед экспертами традиционно ставится вопрос о том, нуждается ли подэкспертный в применении принудительной меры медицинского характера и какой именно, а также может ли это лицо с учетом характера и степени психического расстройства лично осуществлять свои процессуальные права.

Общий срок пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре (стационарном отделении) при производстве одной экспертизы не может превышать 90 дней. Допускается продление срока (ст. 30 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»).

Объекты и материалы для исследований представляет эксперту (комиссии экспертов) орган или лицо, назначившее экспертизу.

Если возникает необходимость в предоставлении дополнительных объектов и материалов для экспертного исследования эксперт (комиссия экспертов) может просить об их предоставлении орган или лицо, назначившее экспертизу. В случаях неудовлетворения ходатайства в течение 30 календарных дней экспертные вопросы решаются в той мере, в какой это позволяют имеющиеся в распоряжении эксперта (комиссии экспертов) объекты и материалы.

Лицо, в отношении которого назначена очная экспертиза, направляется в экспертное учреждение силами и средствами органа или лица, назначившего экспертизу.

Постановление или определение суда, судьи, дознавателя, следователя, прокурора о назначении экспертизы, поступившее в государственное психиатрическое учреждение, надлежит зарегистрировать в журнале регистрации экспертиз в течение суток.

На основании проведенных исследований с учетом их результатов эксперт (комиссия экспертов) составляет письменное заключение

и подписывает его. Подпись эксперта (комиссии экспертов) удостоверяется печатью государственного психиатрического учреждения, в котором была произведена экспертиза.

#### **2.4. Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов). Структура и содержание**

В соответствии с ч. 2 ст. 74 УПК РФ заключение экспертов, в том числе и экспертов-психиатров (комиссии экспертов), является доказательством по уголовному делу.

Заключение по итогам судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) составляется в письменном виде за подписью всех проводивших ее экспертов и скрепляется печатью учреждения, в котором она проводилась. Срок составления экспертного заключения - не более 10 дней после окончания экспертных исследований и формулирования экспертных выводов.

В случае возникновения разногласий между экспертами, проводящими комиссионную СПЭ, каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, даст отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласия.

Заключение состоит из трех частей:

- вводной;
- исследовательской (включающей анамнестический раздел, описание соматического, неврологического и психического состояния подэкспертного);
- выводов.

**Вводная часть** отражает:

- наименование учреждения (подразделения);
- время и место производства судебно-психиатрической экспертизы (в случае комиссионной экспертизы указывается дата заседания комиссии экспертов);
- наименование экспертизы и ее основные характеристики - стационарная, амбулаторная, заочная, посмертная; дополнительная или повторная (если экспертиза проводится по делу не впервые); комплексная (с приведением полного наименования комплексной экспертизы);

— сведения о подэкспертном — фамилия, имя, отчество, год рождения, процессуальное положение, статья или статьи закона (УК РФ, ГК РФ, СК РФ и др.), в соответствии с которыми ведется производство по делу с кратким изложением содержания этих статей;

— сведения об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность) или экспертах, которым поручено производство экспертизы;

— сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве судебно-психиатрической экспертизы (фамилия, имя, отчество, процессуальное положение);

— сведения об органе или о лице, назначивших экспертизу, и основания производства судебно-психиатрической экспертизы;

— вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов, должны быть даны точно в той формулировке, в какой указаны в постановлении (определении) о назначении экспертизы;

— предупреждение эксперта в соответствии со статьей 307 УК РФ об ответственности за дачу заведомо ложного заключения, заверяемое подписью каждого эксперта;

— *если проведение СПЭ не является первичным*, то приводятся краткие сведения о предшествующей экспертизе — когда и где она проводилась, какое давалось заключение, а также мотивы назначения настоящей экспертизы;

— дата поступления в экспертное учреждение, а также причина и дата продления срока стационарирования с приведением данных о соответствующем судебном решении;

— если в ходе производства СПЭ экспертом (экспертами) заявлялись ходатайства о предоставлении дополнительных материалов для исследования, то данное обстоятельство, а также результат рассмотрения ходатайства также отражаются в вводной части заключения СПЭ;

— медицинские документы и материалы дела, представленные эксперту для производства судебно-психиатрической экспертизы, с указанием соответствующих реквизитов.

**Исследовательская часть** включает:

1) **информацию о прошлой жизни подэкспертного** (анамнез), которая содержит основные, по мнению психиатра-эксперта, данные о прошлой жизни испытуемого:



- патологической наследственности (психических заболеваниях родителей и других близких родственников);
- специфике формирования личности;
- перенесенных заболеваниях;
- наиболее значимых в судебно-психиатрическом аспекте биографических сведениях;
- особенностях поведения;
- взаимоотношениях с другими людьми;
- совершенных ранее правонарушений.

В случаях, когда подэкспертный ранее наблюдался у психиатра по поводу психического расстройства, следует детально представить следующие сведения:

- о ранее диагностируемом психическом расстройстве, его социальных и юридических последствиях, медицинских мерах, которые применялись:

- диагноз;
- виды оказываемой психиатрической помощи;
- проводившееся лечение;
- установление инвалидности;
- направление на судебно-психиатрическую экспертизу по другому делу;
- применение принудительных мер медицинского характера и пр.

В исследовательской части также должен быть указан источник всех приведенных анамнестических данных. В частности, *сведения взяты со слов подэкспертного или из материалов уголовного дела, медицинской документации (амбулаторная карта психоневрологического диспансера, истории болезни)*. Если делается ссылка на свидетельские показания, необходимо указывать фамилию свидетеля и листы уголовного дела с протоколом его допроса.

**Пример.** Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В раннем развитии от сверстников не отставал. По характеру формировался общительным, спокойным. К обучению в школе приступил своевременно, успеваемость была хорошей, дисциплину не нарушал. По окончании 8 классов поступил в ПТУ, где приобрел специальность столяра-краснодеревщика. В последующем работал грузчиком, продавцом. Неоднократно переносил в драках травмы головы, с потерей сознания, стационарно не лечился. С 1988

г. начал употреблять наркотические вещества — вводил внутривенно героин, вначале эпизодически, в последующем прием стал носить систематический характер, сформировался психическая и физическая зависимость, абстинентный синдром. По настоянию родителей в 1999 г. проходил анонимное лечение в наркологическом диспансере. В том же году был осужден по ст. 228 УК РФ к полутора годам лишения свободы с условным отбыванием срока наказания. По рекомендации судебно-наркологической экспертной комиссии тогда с диагнозом: «Наркомания» к нему применялись принудительные меры медицинского характера в соответствии со ст. 97, 99 УК РФ. В 2000 г. был поставлен на учет у нарколога с диагнозом: «Опийная наркомания», диспансер не посещал. В 2001 г. вновь привлекался к уголовной ответственности, в ходе следствия проходил амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу (АСПЭ), где с диагнозом «Наркомания» рекомендовалось считать его вменяемым. Был осужден к двум года лишения свободы с условным отбыванием срока наказания. В период с февраля по май 2002 г. четырежды посещал нарколога в диспансере, тогда употребление наркотических веществ отрицал. С 14 октября по 4 ноября 2002 г. лечился в медсанчасти с диагнозом: «Последствия перенесенной черепно-мозговой травмы. Посттравматическая энцефалопатия. Синдром вегето-сосудистой дистонии по гипертоническому типу с явлениями цефалгии. Гепатит “С”». В том же году привлекался к уголовной ответственности по ст. 228 УК РФ, в период следствия проходил АСПЭ, был признан вменяемым с диагнозом: «Психопатические черты характера, героиновая наркомания». Рекомендовалось применение ст. 97, 99 УК РФ. В последующем находился под подпиской о невыезде, наркотические вещества якобы не употреблял. Из-за напряженной обстановки пытался вскрыть себе вены, выпрыгнуть из окна. В конце 2002 г. был избит, получил травму голову, отмечалась кратковременная потеря сознания, от госпитализации отказался. Однако после травмы, с его слов, его стали беспокоить головные боли, 2—3 раза возникали припадки с потерей сознания и судорогами, лечился в неврологическом отделении (медицинская документация относительной данной госпитализации не представлена). В 2003 г. привлекался к уголовной ответственности по ст. 158 УК РФ, в ходе следствия 25 марта 2003 г. проходил АСПЭ, где был в ясном сознании, правильно ориентирован, контакту доступен, на вопросы отвечал по существу.

**2) *описание физического, неврологического и психического состояния подэкспертного*** предусматривает описание данных наружного осмотра, состояние внутренних органов, признаки поражения центральной нервной системы, приводятся результаты лабораторных исследований и иные данные, характеризующие соматическое и неврологическое состояние подэкспертного лица и свидетельствующие

щие о наличии или отсутствии в этой сфере патологических изменений.

**Пример.** При настоящем освидетельствовании подэкспертного установлено следующее. СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. По внутренним органам без патологии. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Резидуальная органическая неврологическая микросимптоматика. Неврозоподобный энурез. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Сознание ясное, правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, подробно. В беседе застенчив, легко волнуется на неприятные для него вопросы. Цель экспертизы понимает правильно. Жалоб на состояние здоровья не предъявляет. Себя считает психически здоровым. Анамнестические сведения излагает в хронологической последовательности. Неохотно сообщает неблагоприятно характеризующие его факты, как например, плохое поведение в школе и прочее. При расспросе о правонарушении вину свою признает, тут же с нежностью в голосе отзывается о потерпевшей, говорит, что у них любовь, планируют пожениться. Заявляет, что об уголовной ответственности за данное правонарушение даже и не знал, надеется на снисхождение суда. Мышление его конкретно-образное. Суждения легковесные. Память грубо не нарушена. Интеллект невысок, однако обнаруживает достаточный запас общежитейских знаний. Психотические расстройства (бред, галлюцинации) отсутствуют. Критические и прогностические способности не нарушены.

**Выводы** включают оценку результатов исследований, обоснование и формулировку выводов по поставленным вопросам.

Диагноз психического расстройства формулируется в соответствии с общепризнанными международными стандартами.

На каждый из поставленных перед экспертом (экспертами) вопросов дается либо ответ, либо мотивированное сообщение о невозможности дачи ответа.

При наличии нескольких вопросов эксперт вправе перегруппировать свои ответы, изложив их в той последовательности, которая обеспечивает целесообразный порядок исследования.

В случае, если вопросы сформулированы некорректно (нечетко, не в соответствии с принятой терминологией и т.п.), но смысл их эксперту понятен, то эксперт вправе указать, как он их понимает в соответствии со своими специальными познаниями (но с обязательным приведением первоначальной формулировки).

Ответы на вопросы, поставленные по инициативе эксперта (на что специально указывается), излагаются после ответов на вопросы, указанные в постановлении (определении) о назначении экспертизы.

Экспертное заключение должно быть написано языком, понятным лицам, не обладающим психиатрическими познаниями, а специальная терминология по возможности разъяснена.

Заключение подписывается всеми экспертами, проводившими экспертизу, и удостоверяется печатью медицинской организации, в которой она проводилась.

### Пример

Минздрав России  
Московский областной Центр социальной и судебной психиатрии при Центральной Московской областной клинической психиатрической больнице  
Лицензия № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ № \_\_\_\_\_

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.  
с 11.00 до 13.00

Амбулаторная первичная судебно-психиатрическая экспертиза на подэкспертного Д., 1984 года рождения, подозреваемого по ч. 3 ст. 327 УК РФ в использовании заведомо подложного документа, проведена в составе:

член комиссии XXXXXXXXXX, государственный судебный эксперт МОЦСиСП, образование высшее медицинское, специальность — судебно-психиатрическая экспертиза, стаж работы 18 лет, высшая категория, кандидат медицинских наук, заведующая отделением АСПЭ \_\_\_\_\_

член комиссии XXXXXXXXXX, государственный судебный эксперт МОЦСиСП, образование высшее медицинское, специальность — судебно-психиатрическая экспертиза, стаж работы 30 лет, высшая категория, заведующая отделением АСПЭ \_\_\_\_\_

врач-докладчик XXXXXXXXXXXX, государственный судебный эксперт МОЦСиСП, образование высшее медицинское, специальность — судебно-психиатрическая экспертиза, стаж работы 29 лет, высшая категория \_\_\_\_\_

на основании постановления старшего дознавателя отдела дознания органа внутренних дел по XXXXXXXX району г. Москвы, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы:

1. Страдал ли Д. каким-либо психическим расстройством в момент совершения вышеуказанного преступления, и если да, то каким именно? Какова его степень?

2. Лишало ли это психическое расстройство Д. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в момент совершения вышеуказанного преступления?

3. Страдает ли Д. каким-либо психическим расстройством в настоящее время, и если да, то каким именно?

4. Является ли психическое расстройство Д. временным и лишаящим его в настоящее время способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими?

5. Является ли Д. по своему психическому состоянию социально опасным для самого себя или для общества?

6. Нуждается ли Д. в применении принудительных мер медицинского характера (принудительном лечении)?

7. Не исключает ли заболевание применение к нему наказания за совершенное им преступление?

Об ответственности по ст.307 УК РФ эксперты предупреждены:

XXXXXXX.\_\_\_\_\_

XXXXXXX.\_\_\_\_\_

XXXXXXX.\_\_\_\_\_

Материалы уголовного дела № XXXXX в одном томе с приложением медицинской карты получены «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

XXXXXXX.\_\_\_\_\_

XXXXXXX.\_\_\_\_\_

XXXXXXX.\_\_\_\_\_

Ранее по данному уголовному делу судебно-психиатрическая экспертиза не проводилась.

При проведении экспертизы использованы методы клинко-психопатологического исследования в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния.

Из материалов уголовного дела № XXXXX, медицинской документации (амбулаторная карта ПНД № 21 г. Москвы, листы не пронумерованы) и со слов подэкспертного установлено, что наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Отец умер в 1998 г. от заболевания поджелудочной железы. В семье отчим. Мать здорова, работала бухгалтером. Подэкспертный родился от 5-й беременности, третьим ребенком в семье. Беременность у матери протекала с токсикозом второй половины, лежала «на сохранении». Роды на 1,5 недели позже срока, вес при рождении 3600 г. Раннее развитие протекало по возрасту. В детстве перенес ОРВИ, паротит, в два года оперирован по поводу левостороннего крипторхизма. Во время пребывания в больнице

после операции долго выходил из наркоза, не ел, замолчал, появились навязчивые движения головой во сне. Был впечатлительным, при этом рассудительным, любил одиночество, играл в основном со старшими братьями. Когда ему было три года, родители развелись, с отцом не общался до 12 лет. До школы легко научился читать, считать. Впервые был осмотрен психоневрологом в 1990 г. по поводу стереотипных движений головы во сне, повышенной впечатлительности, энуреза. Выставлялся диагноз: «Невротические реакции», получал седативную терапию. С 1992 по 2001 г. психиатра не посещал, лечение не принимал. Обучаться в школе начал с семи лет, учился средне, имел одного друга. Особенно ничем не увлекался, играл в футбол, собирал наклейки. До 12 лет отмечался ночной энурез. С 12 лет возобновил отношения с отцом, заинтересовался автомобилем, компьютером. Когда ему было 14 лет, отец умер, подэкспертный особой реакции на это не дал, стал чуть более вспыльчивым. Окончил девять классов, затем трехгодичное ПТУ, получил специальность автомеханика. По специальности не работал. По направлению ОВК подэкспертный был осмотрен психиатром в феврале 2002 г. Жалоб на психическое здоровье не предъявлял, считал себя уравновешенным. Психотические расстройства у него не выявлялись. Выставлен диагноз: «Отдаленные последствия раннего органического поражения центральной нервной системы многомерной этиологии с умеренными личностными расстройствами». Акт обследования был отправлен в ОВК (амбулаторная карта ПНД № 21). Подэкспертный был освобожден от службы в армии, с его слов, якобы по кожному заболеванию (нейродермит, экзема). В дальнейшем подэкспертный в ПНД за медицинской помощью не обращался, в связи с чем был снят с консультативного наблюдения (справка ПНД № 21, амб. карта ПНД), На учете у нарколога НД № 12 г. Москвы он не состоит (справка в уголовном деле). С 2006 г. по 5 октября 2015 г. подэкспертный работал в «XXXXX» инженером поддержки оборудования. Около трехлет проживает с сожительницей, намерен зарегистрировать брак. По месту жительства жалоб на него не поступало (характеристика в уголовном деле). Ранее к уголовной ответственности он не привлекался. Как видно из материалов уголовного дела, 15 июня 2015 г. в неустановленном месте, находясь у станции метро «Беляево» г. Москвы, имея умысел на использование подложного документа, Д. у не установленного дознанием лица приобрел за 3000 руб. бланк листка нетрудоспособности, который удостоверял его (Д.) временную нетрудоспособность и подтверждал его законное отсутствие на рабочем месте в период времени с 15 июня по 5 июля 2015 г. включительно, после чего 6 июля 2015 г. Д. использовал вышеуказанный подложный листок нетрудоспособности путем его предъявления по месту своей работы в «XXXXX» в качестве документа, подтверждающего его законное отсутствие на рабочем месте за вышеуказанный период времени в связи с временной нетрудоспособностью. При обследо-

нии в настоящее время установлено: ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ — без видимой патологии. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ — знаков органического поражения центральной нервной системы нет. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ — подэкспертный в ясном сознании, всесторонне правильно ориентирован. Понимает цель настоящего обследования. Фон настроения несколько снижен адекватно ситуации. Эмоциональные реакции живые. Контакт доступен, по существу отвечает на вопросы. Жалоб на психическое состояние не предъявляет, себя психически больным не считает. Злоупотребление алкоголем, запои, похмелье, употребление наркотиков категорически отрицает. В отношении инкриминируемого ему деяния свою вину признает, о случившемся рассказывает в соответствии с данными показаниями во время следствия. К судебной ситуации критичен. Память у него не нарушена, мышление последовательное, логичное. Интеллект без особенностей, соответствует полученному образованию, образу жизни. Психотических расстройств (бреда, галлюцинаций) нет. На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Д. хроническим психическим расстройством, исключающим у него способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, не страдал и не страдает в настоящее время. В период инкриминируемого деяния у Д. не отмечалось и признаков какого-либо временного психического расстройства или иного болезненного состояния психики, он мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию Д. может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Вопрос о социальной опасности правомерен лишь в отношении лиц, страдающих хроническим психическим расстройством. По своему психическому состоянию Д. может принимать участие в следственных и судебных мероприятиях. В направлении на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу и в применении принудительных мер медицинского характера Д. не нуждается.

Член комиссии  
Член комиссии  
Врач-докладчик

Ф.И.О.  
Ф.И.О.  
Ф.И.О.

## **2.5. Процессуальное положение эксперта-психиатра, его права и обязанности**

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической

помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством РФ.

Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством РФ, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

Деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом.

Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством РФ.

Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему гарантий, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда в соответствии с законодательством РФ (ст. 92, 117 Трудового кодекса Российской Федерации).



Продолжительность рабочего времени и ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи, определяется Правительством РФ<sup>1</sup>.

Размеры повышения оплаты труда за работу с вредными и (или) опасными условиями труда участвующим в оказании психиатрической помощи медицинским работникам федеральных бюджетных учреждений, медицинским работникам из числа гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом<sup>2</sup> предусмотрена военная и приравненная к ней служба, устанавливаются в порядке, определяемом Правительством РФ, а медицинским работникам бюджетных учреждений субъектов РФ — в порядке, определяемом органами исполнительной власти субъектов РФ.

Медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, подлежат:

- обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством РФ;

- обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством РФ.

**Эксперт вправе:**

- ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

- делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

---

<sup>1</sup> См.: Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».

<sup>2</sup> См.: Федеральный закон от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».

— обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

**Эксперт не вправе:**

— принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

— осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

— вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела;

— самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

— сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших.

**Эксперт обязан:**

— принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;

— провести полное исследование представленных ему материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

— составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

— не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

— обеспечить сохранность представленных материалов дела.

В производстве экспертизы живого лица не может участвовать врач, который до ее назначения оказывал указанному лицу медицинскую помощь. Указанное ограничение действует также при производстве судебно-психиатрической экспертизы, осуществляемой без непосредственного обследования лица.

В соответствии с ч. 2 ст. 205 УПК РФ и ч. 3 ст. 31 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» эксперт не может быть допрошен по поводу получения им от лица, в отношении которого он производил экспертизу, сведений, не относящихся к предмету данной экспертизы; допрос эксперта до представления им заключения не допускается.

За неисполнение или ненадлежащее исполнение экспертом по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, в том числе за нарушение порядка производства экспертизы и иное недобросовестное отношение к обязанностям эксперта, руководитель вправе применить к нему дисциплинарное взыскание в порядке, установленном законодательством о труде.

#### **Вопросы и задания для самоконтроля**

1. Где может проводиться судебно-психиатрическая экспертиза?
2. Перечислите виды судебно-психиатрических экспертиз.
3. Возможно ли назначить повторную судебную экспертизу эксперту, который проводил первичную или дополнительную экспертизу?
4. Из каких элементов (частей) состоит заключение экспертов-психиатров (комиссии экспертов)?
5. Какими нормативными правовыми актами устанавливаются профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи?
6. Опишите отличие мотивировочной части заключения СПЭ от заключительной.

## **Тема 3. Принудительные меры медицинского характера в судебной психиатрии**

---

### **3.1. Понятие, основания и цели принудительных мер медицинского характера**

Принудительные меры медицинского характера направлены на обеспечение безопасности общества от общественно опасных деяний лиц, страдающих психическими расстройствами. Кроме того, они способствуют оказанию таким лицам врачебной помощи с целью улучшения состояния их здоровья или излечения, поскольку ряд психических расстройств носит временный характер.

Важность института принудительных мер медицинского характера на современном этапе развития российского общества обусловлена следующими основными причинами:

— необходимостью повышения результативности норм УК РФ в сфере обеспечения безопасности личности, общества и государства от общественно опасных деяний, совершенных лицами, страдающими психическими расстройствами;

— потребностью решения практических вопросов, возникающих в процессе социально-правовой защиты лиц, к которым в соответствии с нормами уголовного законодательства применяются принудительные меры медицинского характера.

**Принудительные меры медицинского характера** — это меры уголовно-правового характера, сущность которых заключается в принудительном лечении лиц, совершивших уголовно-противоправные деяния и представляющих опасность для себя или других лиц.

Указанные меры медицинского характера являются принудительными, поскольку назначаются, применяются вне зависимости от желания лица, страдающего психическим расстройством или его родственников.

В соответствии со ст. 97 УК РФ «принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:

1) совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части УК РФ, в состоянии невменяемости, т.е. «когда это лицо во время совершения деяния не могло осознавать фактический характер

и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики». «Такое лицо не подлежит уголовной ответственности» (ч. 1 ст. 21 УК РФ);

2) «у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания». Такое лицо освобождается судом от наказания либо от дальнейшего его отбывания (ч. 1 ст. 81 УК РФ), в случае выздоровления оно может подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные ст. 78 и 83 УК РФ;

3) «совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости». Такому лицу наряду с наказанием суд может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ч. 2 ст. 99 УК РФ). Решение об этом должно содержаться в резолютивной части приговора;

4) «совершившим в возрасте старше восемнадцати лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцатилетнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости».

Согласно ч. 2 ст. 97 УК РФ указанным лицам «принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц».

Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера определяется уголовно-исполнительным законодательством РФ и иными федеральными законами<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: УПК РФ; Федеральные законы от 7 мая 2009 г. № 92-ФЗ «Об обеспечении охраны психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением»; от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; от 23 июля 2013 г. № 191-ФЗ «О передаче и принятии Российской Федерацией лиц, страдающих психическими расстройствами, в отношении которых имеется решение суда о применении принудительных мер медицинского характера» и др.

При производстве о применении принудительных мер медицинского характера суды учитывают положения международных правовых актов, практику Европейского Суда по правам человека. Например, правило 82 (1) Минимальных стандартных правил обращения с заключенными<sup>1</sup> гласит: «Лиц, сочтенных душевнобольными, не следует подвергать тюремному заключению. Поэтому следует принимать меры для их скорейшего перевода в заведения для душевнобольных». Правило 82 (2): «Заключенных, страдающих другими психическими заболеваниями или недостатками, следует ставить под наблюдение и лечить в специальных заведениях под руководством врачей» и др.

Согласно Принципам защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи<sup>2</sup> они применяются к «лицам, которые отбывают срок тюремного заключения за совершение уголовных преступлений, или к лицам, которые иным образом подвергаются задержанию в ходе судебного разбирательства или расследования, возбужденного против них по обвинению в совершении уголовного преступления, и которые, как установлено, страдают психическим заболеванием или, как предполагается, могут страдать таким заболеванием» «в возможно более полном объеме только с таким ограниченным числом изменений и исключений, которые необходимы в данных обстоятельствах» (принцип 20).

Часть 4 ст. 97 УК РФ предусматривает, что в отношении лиц, не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы в федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения или орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения для решения вопроса о лечении указанных лиц в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или направлении указанных лиц в стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

---

<sup>1</sup> Приняты на первом Конгрессе ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями 30 августа 1955 г.

<sup>2</sup> Утверждены Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. 46/119 «Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи».

*Цели* применения принудительных мер медицинского характера легально закреплены в ст. 98 УК РФ. В их числе:

- излечение лиц, указанных в ч. 1 ст. 97 УК РФ;
- улучшение психического состояния лиц, указанных в ч. 1 ст. 97 УК РФ;
- предупреждение совершения лицами, указанными в ч. 1 ст. 97 УК РФ, новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК РФ.

### **3.2. Виды принудительных мер медицинского характера**

В соответствии со ст. 99 УК РФ «суд может назначить следующие *виды принудительных мер медицинского характера*:

а) принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях;

б) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа;

в) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа;

г) принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением».

Лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, в том числе лицам, совершившим в возрасте старше 18 лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (ч. 2 ст. 99 УК РФ).

***Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях*** может быть назначено при наличии основа-

ний, предусмотренных ст. 97 УК РФ, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях.

***Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях*** может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных ст. 97 УК РФ, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, *общего типа* может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в лечении и наблюдении в стационарных условиях, но не требует интенсивного наблюдения.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, *специализированного типа* может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, *специализированного типа с интенсивным наблюдением* может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения.

### **3.3. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера**

**Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера** осуществляются судом по представлению администрации медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение принудительных мер медицинского характера, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.



Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. Освидетельствование такого лица проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения ее применения, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника. Ходатайство подается через администрацию медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительную инспекцию, осуществляющую контроль за применением принудительных мер медицинского характера, вне зависимости от времени последнего освидетельствования. При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера администрация медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительная инспекция, осуществляющая контроль за применением принудительных мер медицинского характера, представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно.

Вне зависимости от времени последнего освидетельствования и от принятого решения о прекращении применения принудительных мер медицинского характера суд на основании внесенного не позднее чем за шесть месяцев до истечения срока исполнения наказания ходатайства администрации учреждения, исполняющего наказание, назначает судебно-психиатрическую экспертизу в отношении лица, совершившего в возрасте старше 18 лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего 14-летнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключаяющим вменяемости, в целях решения вопроса о необходимости применения к нему принудительных мер медицинского характера в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания более мягкого вида наказания, а также

после отбытия наказания. Суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы может назначить принудительную меру медицинского характера, предусмотренную п. «а» ч. 1 ст. 99 УК РФ (принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях), или прекратить ее применение.

Изменение или прекращение применения принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

В случае прекращения применения принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, в федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения или орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения для решения вопроса о лечении этого лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или направлении этого лица в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, в порядке, установленном законодательством<sup>1</sup> в сфере охраны здоровья.

### **Вопросы и задания для самоконтроля**

1. Сформулируйте понятие принудительных мер медицинского характера.
2. Каковы основания применения принудительных мер медицинского характера?
3. Какие цели применения принудительных мер медицинского характера определены в уголовном законодательстве?
4. Перечислите виды принудительных мер медицинского характера, предусмотренные УК РФ.
5. Кем осуществляется продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера?

---

<sup>1</sup> Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

---

## Тема 4. Основы общей психопатологии

---

### 4.1. Причины психических расстройств

Для практической работы юриста существенное значение имеет наличие общих представлений о причинах психических расстройств, которые являются следствием сложных и многообразных нарушений деятельности различных систем организма человека с преимущественным поражением головного мозга, особенно его высших отделов.

**Психические расстройства** — это патологические состояния, характеризующиеся нарушениями психической, интеллектуальной деятельности различной степени выраженности и эмоциональными расстройствами.

Еще в XVIII столетии французский философ Д. Дидро высказал интересное и оригинальное суждение о том, что следствием психических расстройств является, «с одной стороны, гений, а с другой — умалишенный, причем одному воздвигают статуи, а другого сажают на цепь».

В настоящее время традиционно выделяют следующие *основные причины психических расстройств*.

1. **Патологическая наследственность** имеет большое, но не основополагающее значение в возникновении и развитии психических расстройств. Напрямую потомкам передается лишь небольшая часть психических болезней, которые преимущественно относятся к олигофрениям.

2. **Наследственное предрасположение**, приводящее к заболеванию под влиянием различных дополнительных негативных факторов (инфекционные болезни, пьянство, употребление наркотиков и т.п.). В качестве причины встречается значительно чаще, чем иные. При прочих равных условиях риск заболевания для близких родственников лица, страдающего психическим расстройством, возрастает по сравнению с другими категориями лиц. Однако угроза возникновения и развития психического расстройства не является неизбежной.

3. **Патологические воздействия на внутриутробное развитие плода** (прием алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ в период зачатия и беременности).

4. **Острые или хронические отравления.** По мнению специалистов, среди отравлений, вызывающих психические расстройства, на первом месте стоит алкоголь. Общеизвестно, что злоупотребление спиртными напитками может привести к возникновению и развитию алкогольных психозов. Немедицинский прием наркотических средств и психотропных веществ также может привести к психическим нарушениям; при отравлении ядами, такими, как ртуть, пестициды, тетраэтилсвинец, а также при неправильном применении лекарственных препаратов, таких как, к примеру, атропин, акрихин и др.

5. **Аутоинтоксикация** (самоотравление организма продуктами нарушенного обмена веществ). Может иметь место при попадании в организм ядовитых веществ, вырабатываемых самим организмом при таких заболеваниях, как рак, диабет и некоторых других. Аутоинтоксикация имеет значение в возникновении шизофрении. Однако эта точка зрения является дискуссионной.

6. **Инфекционные болезни**, которые могут провоцировать развитие психических болезней, воздействуя с самого начала непосредственно на мозг (при некоторых формах энцефалитов), а также при общих инфекциях (кори, пневмонии, гриппе, дизентерии и др.). Кроме того, может иметь место и вторичное (последующее) влияние перенесенных инфекций на ткань мозга. Начало, течение, глубина и исход психоза инфекционного происхождения зависят в основном от: а) особенностей инфекции; б) общего состояния организма; в) типа реагирования головного мозга на инфекцию.

7. **Черепно-мозговая травма** (любое травматическое воздействие на головной мозг: ушиб, сотрясение или ранение головного мозга).

8. **Тяжелые психические травмы**, которые могут быть внезапными, острыми, шокowymi, длительными, хроническими. Любой вид психической травмы, приводит к ослаблению организма и при наличии благоприятных факторов может развиваться в психиатрический диагноз.

## 4.2. Симптомы психических расстройств

**Симптомы психических расстройств** — это клинические критерии (признаки) патологического состояния организма, которые характеризуются крайним многообразием.

Психические расстройства качественно проявляются более чем в 300 симптомах и синдромах. Остановим свое внимание на основных симптомах, которые встречаются при расстройстве восприятия, мышления, сознания, памяти, эмоций, воли.

1. **Расстройство восприятия** — нарушение психического процесса восприятия явлений и предметов.

К нему относятся:

**дереализация** — расстройство восприятия реальности и действительности окружающего, которое кажется отдаленным, безжизненным, неподвижным, застывшим, неотчетливым, бесцветным;

**деперсонализация** — расстройство самосознания (самовосприятия своего «я») с характером изменения или отчуждения своих психических или физических свойств;

**иллюзии** — ложное восприятие реальных предметов или явлений. Выделяют: *аффективные иллюзии* (чаще возникающие при наличии страха, тревожно-подавленного настроения); *вербальные иллюзии* (ложное восприятие содержания реально происходящего разговора); *парейдолические* (зрительные иллюзии фантастического содержания);

**галлюцинации** — мнимые восприятия, возникающие без реально существующего объекта. Галлюцинации — это обман, ошибка, погрешность восприятия всех органов чувств, когда больной видит, слышит или ощущает то, чего нет на самом деле. Выделяют:

*зрительные* галлюцинации (возникают на фоне помрачения сознания, сопровождаются тревогой, страхом, яростью);

*слуховые* галлюцинации (появляются в форме акаоэмов — примитивных, неречевых обманов (шум, шипение, выстрелы и т.п.) и фоном — вербальных словесных галлюцинаций);

*обонятельные* галлюцинации — несуществующие неприятные или приятные запахи;

*вкусовые* галлюцинации — неприятные или приятные вкусовые ощущения, возникающие во рту без приема пищи;

*тактильные (осязательные)* галлюцинации — неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (ощущение ползания по телу насекомых, червей, появление на теле или под кожей самых разнообразных предметов);

*висцеральные* галлюцинации (пациент ощущает явное присутствие во внутренних органах тела посторонних предметов или живых существ);

*сложные* галлюцинации (одновременное существование нескольких видов галлюцинаций);

*гипнагогические* галлюцинации — видения или слуховые обманы, которые возникают при закрытых глазах перед засыпанием или в состоянии дремоты;

*гипнопомпические* галлюцинации — видения, иногда слуховые обманы, которые возникают при пробуждении;

*сенестопатии* — многообразные мучительные чувства, которые возникают в различных частях тела или во внутренних органах, которые в отличие от галлюцинаций лишены предметности. Речь идет об обмане чувств типа ощущения жжения, стягивания, переливания, щекотания, боли и т.п.;

*метаморфозии* — искажение размера и формы воспринимаемых предметов, которые могут восприниматься пропорционально, но неестественно уменьшенными (*микросия*) либо увеличенными (*макросия*), либо перекошенными, перекрученными, удлинненными, укороченными, расширенными, суженными (*дисмегалопсия*);

*расстройство схемы тела* — изменения ощущения формы и величины своего тела. Возникает как при наличии зрительного контроля так и при его отсутствии.

**2. Расстройство мышления** — нарушение ассоциативного процесса, объективно существующих связей между явлениями, обобщением фактов, образованием понятий.

Подобные нарушения встречаются при самых разнообразных психических заболеваниях.

К числу наиболее частых форм нарушения мышления относятся:

*ускорение мыслительного процесса* — легкость появления и увеличение количества ассоциаций, возникающих безостановочно. Сочетается с поверхностными умозаключениями, основанными на случайных связях;

*замедленность мыслительного процесса* — число ассоциаций уменьшается, и они возникают с трудом. Сознание обеднено представлениями, их содержание однообразно;

**бессвязное (инкогерентное) мышление** — потеря способности к самым элементарным обобщениям. Речь представляет собой набор слов, не связанных смыслом или грамматически;

**обстоятельность (грузность) мышления** — образование новых ассоциаций крайне замедляется вследствие продолжительного доминирования предыдущих;

**резонерское мышление** — подмена четких и ясных ответов пространными и бесплодными рассуждениями на тему заданного вопроса или на темы, не имеющие к вопросу никакого отношения. Сочетается с многословностью;

**персеверативное мышление** — длительное доминирование при общем, резко выраженном затруднении мыслительного процесса, одной любой мысли, одного какого-либо представления.

В расстройстве мышления отдельно выделяют **бред** — ложное суждение (умозаключение), не соответствующее действительности, искаженно ее отражающее; несмотря на наличие явного противоречия с настоящей действительностью, недоступной исправлению. По психопатологической структуре и особенностям динамики бред дифференцируют на следующие основные группы: а) первичный; б) образный; в) аффективный.

**Первичный (интерпретативный) бред.** Поражается в большинстве своем логическое познание, в то время как чувственное (образное) — незначительно. Первичный бред характеризуется стойкостью и имеет склонность к прогрессирующему развитию.

По содержанию первичный бред делится на:

**бред ревности** (супружеской неверности) — непоколебимая убежденность больного в том, что лицо, с которым он находится в супружеских или интимных отношениях, изменяет ему с одним или несколькими лицами;

**ипохондрический бред (бред болезни)** — непоколебимое убеждение лица в имеющемся у него тяжелом или неизлечимом заболевании. Разновидностью ипохондрического бреда является **дисморфобия** — бред физического недостатка или уродства, который, как правило, касается лица, ног, рук, фигуры;

**бред преследования** — непоколебимое убеждение больного в том, что ему хотят нанести вред или причинить смерть;

*бред воздействия* — непоколебимое убеждение лица в том, что его мысли, чувства и поступки подвергаются воздействию внешней силы;

*бред отношения* — непоколебимое убеждение лица в том, что окружающие предметы и явления имеют к нему отношение. Больной находит в них определенный им самим смысл, намек;

*бред отравления* — непоколебимое убеждение лица в том, что в целях нанесения ему физического вреда или его уничтожения тайно применяются разного рода ядовитые вещества. Причем больной «знает точно», какие именно яды и каким образом их применяют;

*бред ущерба* — непоколебимая убежденность больного в сознательном нанесении ему материального вреда, распространяющаяся на лиц из ближайшего окружения;

*бред изобретательства* — непоколебимое убеждение лица в том, что им сделано открытие, имеющее универсальное значение, и его внедрение обусловит всеобщее благо. Всегда сопровождается крайне упорным сутяжным поведением;

*бред величия* — чрезвычайное преувеличение больным своих физических сил, состояния здоровья, социального положения и связанных с ними возможностей;

*бред эротический (любовный)* — непоколебимая убежденность в том, что определенное лицо испытывает к нему любовную страсть и стремится любыми, даже наносящими больному вред способами добиться его расположения;

*бред сутяжный* — непоколебимая идея борьбы за восстановление нарушенной справедливости.

*Образный (чувственный) бред.* В отличие от первичного интеллектуального бреда выражается в нарушении не только рационального, но и чувственного познания. Бредовые идеи возникают, как правило, хаотично, без всякой системы. Они не нуждаются в доказывании, а воспринимаются как данность — «я знаю, что меня преследуют». Поведение резко нарушается. Поступки больных непоследовательны, часто носят импульсивный характер.

Выделяют следующие разновидности образного бреда:

а) *бред инсценировки* (по мнению больных, все вокруг подстроено; окружающие их люди не те, за кого себя выдают и т.п.);



б) *бред значения* (все окружающее принимает символическое значение).

*Аффективный бред*. Своим содержанием отражает господствующий аффект. Логический элемент в нем незначителен, преобладает нарушение чувственного познания.

**3. Расстройство сознания** — нарушение целенаправленной, подконтрольной деятельности, носящей осознанный характер. Характеризуется двумя группами симптомов:

а) количественными (относятся к экзогенным расстройствам и отмечаются при сосудистых нарушениях, тяжелых интоксикациях, эндокринных расстройствах, эпилепсии (эпилептическая кома), после черепно-мозговых травм и в терминальных стадиях умирания (вегетативная кома));

б) качественными.

К количественным относят:

*оглушение* (характеризуется пассивностью внимания, нечеткостью восприятия, ослаблением запоминания и воспоминания, нарушением осмысления, снижением способности к суждениям и умозаключениям. Возможны эйфория и суетливость);

*сопор*, которому свойственны дезориентировка, хватательные и хоботковые движения, бормочущая речь, некоординированные движения. Болевая чувствительность, зрачковые, конъюнктивальные и корнеальные рефлексы присутствуют;

*кома* — полное выключение сознания; зрачковые реакции отсутствуют. Выход из комы характеризуется так называемыми внетелесными переживаниями, напоминающими сноподобные (онейроидные состояния).

### Пример

Я отчетливо видел себя на операционном столе и наблюдал за тем, что вокруг меня все быстрее двигались люди в белых халатах, они что-то делали с моим телом. Вдруг боль исчезла. Потом я переместился в комнату, в которой не было ничего, а с потолка ощущалось дуновение. Сверху был ослепительно белый свет, который подобно воронке затягивал меня все выше и выше. Это непередаваемо приятное состояние — лишиться своего тела. Когда я вернулся, были разочарование и боль.

К числу качественных симптомов в основном относятся:

*делирий* — характеризуется нарушением ориентировки в месте и времени при сохранности ориентировки в собственной личности, наплывом устрашающих зрительных, реже слуховых галлюцинаций, страхом. Галлюцинации чаще зооптические (животные, особенно часто рептилии, черти, что определяет поведение больного);

*амения* — характеризуется полной дезориентировкой, бессвязностью речи (мышления) и частичной или полной амнезией после выхода из аменции;

*онейроид* — расстройство сознания с полной дезориентировкой, наплывом космических или апокалиптических зрительных галлюцинаций. Выход из онейроида без амнезии. В отличие от аменции онейроид характеризуется более выраженными нарушениями, фантастическими галлюцинациями, потерей ориентировки в собственной личности;

*сумеречные расстройства сознания* — сужение сознания с наплывом зрительных галлюцинаций, часто окрашенных в желтые и красные тона (эритропсии), а также частичная или полная амнезия после выхода из сумерек. Чаще встречается при эпилепсии;

*амбулаторный автоматизм* — выключение сознания с автоматическими действиями и амнезией. Могут сопровождаться возбуждением, которое продолжается до нескольких секунд (пробежка, хлопок дверью).

**4. Расстройство памяти** — нарушение способности удерживать и сохранять объекты восприятия. Характеризуется двумя группами симптомов: а) количественными; б) качественными.

Среди количественных симптомов расстройства памяти выделяют, прежде всего, различные виды амнезии.

*Амнезия* — полное отсутствие памяти, относящееся к определенным периодам времени.

По временному отношению к травмирующему событию амнезия может быть:

*ретроградной* — нарушение памяти, при котором больной не может вспомнить события, произошедшие до травмирующего события или приступа заболевания. Подразделяется на частичную, полную, временную, органическую, психологическую (психогенную), острую, постепенно нарастающую. Продолжительность: от нескольких минут до нескольких лет;

*антероградной* — утрата воспоминаний на события, произошедшие после начала заболевания. Продолжительность: от нескольких минут, часов, дней, редко недель. При этом память на события, предшествующие заболеванию или травме, а также текущие события сохраняется;

*ретроантероградной* — сочетает в себе признаки обеих амнезий.

В зависимости от того, какой компонент памяти поражен в большей мере, могут наблюдаться такие симптомы:

*фиксационная амнезия* — потеря способности запоминать текущие события и новую информацию;

*анэфория* — трудности со своевременным воспоминанием полученной ранее информации.

Относительно объекта воспоминаний, на который направлены нарушения памяти, может наблюдаться симптомы частичного удаления информации:

*аффектогенная аменезия* (из памяти удаляются только особенно значимые воспоминания, которые стали причиной сильных негативных переживаний);

*истерическая амнезия* (частичное удаление из памяти человека неприятных и компрометирующих событий);

*скотомизация* (воспоминания удаляются частично, фрагментами, но без привязки к любым сильным эмоциональным переживаниям).

К качественным симптомам расстройства памяти относят:

*псевдореминесценции* — состояние, когда пробелы в памяти замещаются воспоминаниями о других событиях, которые тоже реально происходили с человеком, но в другой период времени. Таким образом, речь идет об искаженных воспоминаниях, которые были в действительности, но перенесены в другие периоды времени;

*конфабуляции* (вымышленные воспоминания) — провалы памяти, которые заменяются вымышленными событиями. Причем такие придуманные события — абсолютно не реальны и фантастичны;

*криптомнезии* (смешивание реальности и грез) — недостающие воспоминания восполняются событиями, ранее услышанными, почерпнутыми из книг, газет, телевидения и других источников или даже видимыми им во сне. Возможно даже присвоение авторства создания произведений искусств и научных открытий;

*палимпсесты* — невозможность воспроизведения эпизода, деталей;

*эхомнезия* — восприятие происходящего в данный момент как такового, что имело место ранее.

**5. Расстройство эмоций** — нарушение отношения человека к внешнему миру и внутреннему состоянию. Фиксируется в виде следующих основных симптомов:

*эйфория* — очень хорошее настроение, которое проявляется преимущественно удовольствием, беспечностью и безмятежностью. Сочетается с пассивностью. Резко снижено критическое отношение к себе и окружающим;

*гипертимия (мания)* — проявляется в виде неадекватно радостного и оптимистического настроения и сопровождается повышенным стремлением к деятельности, переоценкой своих возможностей, двигательноречевым возбуждением. Деятельность носит лихорадочный характер. Начатое не доводится до конца;

*экстаз* — гипертимия с преобладанием восторга, крайней степени восхищения, ощущения прозрения, постижения высшего смысла, недоступного для понимания людей;

*мория* — состояние приподнятого настроения с оттенком детскости, дурашливости. Часто сопровождается нелепыми поступками, неадекватной мимикой;

*дисфория* — немотивированное состояние злобно-раздражительного аффекта. Больные стараются отдалиться от людей;

*амбивалентность (двойственность) эмоций* — характеризуется возникновением у больных одновременно двух противоположных чувств. Например, любви и ненависти («обнять и придушить»). Проявляется при шизофрении, а также у детей и женщин истерического склада характера;

*слабодушие* — состояние легко колеблющегося настроения по ничтожному поводу от слезливости до сентиментальности с умиленностью. Может сопровождаться капризностью, раздражительностью, утомляемостью;

*эмоциональная лабильность (неустойчивость)* — патологически неустойчивое настроение, которое легко меняется на противоположное в связи с изменением ситуации. Смена аффекта может происходить по любому незначительному поводу;

*эмоциональная холодность (тупость)* — снижение аффективного резонанса на события окружающего мира и собственное состоя-

ние; проявляется в слабости, обеднении эмоциональных проявлений и контактов, оскудении чувств, доходящих до безучастности;

*апатия* — безразличие, полное отсутствие чувств, при котором не возникают желания и побуждения;

*депрессия* — состояние, сопровождаемое аффектом тоски (гипотимией), заторможенностью мышления и снижением двигательной активности (депрессивная триада).

**6. Расстройство воли** — нарушение способности сознательно и целенаправленно контролировать свою деятельность и направлять ее. Проявляется в виде следующих основных симптомов:

*гипербулия* — болезненно повышенная волевая активность. Больные обнаруживают болезненно облегченную решимость, при которой любая идея немедленно реализуется, возможность правильного обсуждения снижена, а действия скоропалительны. У больных повышается аппетит и сексуальность;

*гипобулия* — болезненное снижение воли, при котором сила мотивов, побуждений снижена, затруднено определение и удерживание какой-либо цели. Больные ничем не занимаются, вялы, пассивны, длительно сидят или лежат в одной позе с безразличным выражением лица. Резко снижается аппетит. Утрата сексуального влечения приводит к снижению внимания к своей внешности;

*абулия* (отсутствие воли) — крайняя степень гипобулии, которая проявляется отсутствием побуждений, утратой желаний, полной безучастностью и бездеятельностью, почти полным ограничением общения. Больные становятся пассивными, ленивыми, часто проявляют нетерпение; требуют, чтобы окружающие немедленно исполняли их желания, отказываются выходить из дома, ложатся в постель, не снимая одежды, не умываются, не чистят зубы, отказываются принимать душ;

*парабулии* — извращение воли, представлены разнообразными кататоническими симптомами. В их числе:

*ступор* — общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими;

*мутизм* (молчание) — утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;

*негативизм* — бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);

*стереотипии* — постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии — *вербигерации*);

*пассивная подчиняемость* — больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;

*эхопраксия* — больной полностью повторяет все действия другого человека;

*эхолалия* — повторение полностью или частично речи окружающих, при этом на вопрос, обращенный к нему, больной отвечает повторением вопроса или последних слов вопроса;

*каталепсия* (восковая гибкость) — проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и затем охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна. Сам больной не делает никаких движений, но не сопротивляется изменению его позы и застывает в ней надолго.

### 4.3. Синдромы психических расстройств

**Синдромы психических расстройств** — это симптомокомплексы, состоящие из типичной совокупности внутренне связанных симптомов.

Клиническая картина болезни складывается из последовательной смены синдромов.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся синдромы.

**Галлюциноз** — состояние, характеризующееся обилием галлюцинаций в пределах одного какого-то анализатора и не сопровождающееся помрачением сознания. Больной тревожен, беспокоен или, наоборот, заторможен. В поведении и отношении больного к галлюцинациям находит отображение острота состояния.

*По остроте* выделяют:

а) острый галлюциноз;

б) хронический галлюциноз.

*По содержанию выделяют:*

а) слуховой галлюциноз;

б) тактильный галлюциноз;

в) зрительный галлюциноз.

**Паранойяльный синдром** — синдром бреда, характеризующегося первичностью появления (первичный бред), интерпретацией в бреде фактов окружающей действительности (интерпретативный бред), наличием системы доказательств, привлекаемых для обоснования ошибок суждения (систематизированный бред).

Паранойяльный синдром может быть первоначальным этапом развития шизофренического бреда. На этом этапе еще не бывает галлюцинаций и псевдогаллюцинаций, нет явлений психического автоматизма.

**Галлюцинаторно-параноидные синдромы** — синдромы, при которых представлены в разных соотношениях галлюцинаторные и бредовые расстройства, органически связанные между собой. При значительном преобладании галлюцинаций синдром именуют галлюцинаторным, при доминировании бредовых идей — параноидным. Параноидным синдромом обозначают также параноидный этап развития бреда. На этом этапе прежняя, соответствующая паранойяльному бреду система ошибочных умозаключений может сохраняться, но обнаруживаются признаки ее распада: нелепости в поведении и в высказываниях, зависимость бреда от ведущего аффекта и от содержания галлюцинаций (псевдогаллюцинаций), которые также появляются на параноидном этапе.

**Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо** является частным случаем галлюцинаторно-параноидного синдрома и включает псевдогаллюцинации, явления отчуждения психических актов — автоматизмы и бред воздействия. Пребывая во власти нарушений восприятия, больной уверен в их насильственном происхождении, в их сделанности — в этом суть автоматизма. Автоматизм может быть:

а) *идеаторным* (больной считает, что его мыслями управляют, «делают» их параллельными, заставляют его мысленно произносить ругательства, вкладывают в его голову чужие мысли, отнимают, читают их);

б) *сенсорным* (касается больше нарушений чувственного познания и соответствует высказываниям больных о сделанности чувств («вызывают» безразличие, вялость, чувство злобы, тревогу) или ощущений («делают» боли в разных частях тела, ощущение прохождения электрического тока, жжение, зуд);

в) *моторным* (у больного возникает убежденность, что он утрачивает способность управлять своими движениями и действиями: по чужой воле на лице появляется улыбка, двигаются конечности, совершаются сложные действия, например суицидальные акты).

**Маниакальный синдром** в своем классическом варианте включает триаду психопатологических симптомов:

- 1) повышение настроения;
- 2) ускорение течения представлений;
- 3) речедвигательное возбуждение.

Отмечается необычная яркость восприятия окружающего, в процессах *памяти* имеются явления гипермнезии, в *мышлении* — склонность к переоценке своих возможностей и собственной личности, кратковременные бредовые идеи величия, в *эмоциональных реакциях* — гневливость, в *волевой* сфере — усиление желаний, влечений, быстрая переключаемость внимания; мимика, пантомимика и весь внешний вид больного выражают радость.

**Депрессивный синдром** проявляется триадой следующих симптомов:

- 1) понижением настроения;
- 2) замедлением течения представлений;
- 3) речедвигательной заторможенностью.

Факультативные признаки депрессивного синдрома: в *восприятии* — гипестезия, иллюзорные, дереализационные и деперсонализационные явления; в *мнестическом* процессе — нарушение чувства знакомости; в *мышлении* — сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания, самообвинения, самоуничтожения, самооговоры; в *эмоциональной* сфере — реакции тревоги и страха; *двигательно-волевые* расстройства включают угнетение желаний и влечений, суицидальные тенденции; скорбные выражения лица и поза, тихий голос.

**Неврастенический (астенический) синдром** характеризуется раздражительной слабостью, непереносимостью громкого шума, яр-



кого света, повышенной утомляемостью, неустойчивым настроением, нарушениями сна (сон поверхностный, с частыми пробуждениями).

Состоянию сопутствуют головные боли, обильные вегетативные расстройства, повышается чувствительность ко всем внешним воздействиям.

**Ипохондрический синдром** выражается в преувеличенном внимании к своему здоровью и сомнениями в его благополучии. Больные фиксированы на неприятных ощущениях в своем теле, источником которых могут быть само невротическое состояние, депрессия и другие причины. Больные часто обращаются за помощью к различным специалистам, много обследуются. Благоприятные результаты исследований на какое-то время успокаивают больных, а затем тревога снова нарастает, мысли о возможном тяжелом заболевании возвращаются.

**Истерический синдром** — сочетание симптомов любых заболеваний, если по своему происхождению эти симптомы являются следствием повышенной внушаемости и самовнушаемости, а также таких черт личности, как эгоцентризм, демонстративность, психическая незрелость, повышенная игра воображения и эмоциональная лабильность. Состояние характерно для истерического невроза, истерического развития личности, истерической психопатии.

**Психопатический синдром.** Это стойкая, социально дезадаптирующая больного дисгармоничность в эмоциональной и волевой сферах, являющаяся выражением патологии характера. Расстройства не касаются познавательного процесса. Психопатический синдром формируется в определенных условиях социальной среды на основе врожденных (психопатии) и приобретенных изменений высшей нервной деятельности. Характерны эмоциональная несдержанность, гневливость, конфликтность, нетерпеливость, неуживчивость, волевая неустойчивость, склонность к злоупотреблению алкоголем и употреблению наркотиков, а также заниженная самооценка, склонность к сомнениям.

**Слабоумие (деменция)** — вызванная патологическим процессом стойкая, трудно восполнимая утрата интеллектуальных способностей, при которой всегда имеются признаки общего обеднения психической деятельности. Происходит снижение интеллекта от приобретенного человеком в течение жизни уровня, его обратное развитие, оску-

дение, сопровождающееся ослаблением познавательных способностей, обеднением чувств и изменением поведения. При приобретенном слабоумии иногда нарушается преимущественно память, внимание, а способность к суждениям снижается.

**Кататонический синдром** проявляется кататоническим возбуждением или кататоническим ступором.

**Кататоническое возбуждение** — бессмысленное, нецеленаправленное, иногда принимающее характер моторного. Движения больного однообразны; возможны агрессивность, импульсивные действия, эхопраксия (копирование движений других людей), негативизм.

Выражение лица часто не соответствует позам; иногда наблюдается парамимия: мимика верхней части лица выражает радость, глаза смеются, а рот злой, зубы стиснуты, губы плотно сжаты и наоборот. Можно наблюдать мимические асимметрии. В тяжелых случаях речь отсутствует, возбуждение немое или больной рычит, мычит, выкрикивает отдельные слова, слоги, произносит гласные. У некоторых больных обнаруживается неудержимое стремление говорить. При этом речь вычурная, высокопарная, отмечаются стереотипии речи, персеверация, эхолалия (повторение слов кого-то из окружающих), разорванность, вербигерация — бессмысленное нанизывание одного слова на другое.

При **кататоническом ступоре** — больной заторможен, себя не обслуживает, не реагирует на обращенную к нему речь, не выполняет инструкций, отмечается мутизм (молчание). Некоторые больные неподвижно лежат, отвернувшись к стене, в утробной позе с приведенным к груди подбородком, с согнутыми в локтях руками, согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами дни, недели, месяцы или годы. Весьма характерной также является другая поза — лежа на спине с приподнятой над подушкой головой — симптом воздушной подушки.

#### 4.4. Классификация психических расстройств

**Классификация психических расстройств** — одна из наиболее важных и сложных проблем психиатрии. Существуют три основных принципа классификации психических расстройств.

1. *Синдромологический принцип.* Теоретической базой синдромологического подхода является концепция «единого психоза». В основе концепции лежит представление о единой природе различных психических расстройств. Различие в клинической картине объясняется наблюдением пациентов на различных этапах болезни.

Установление этиологических факторов отдельных психических заболеваний поставило под сомнение концепцию единого психоза. Однако со второй половины XX в. синдромологический подход вновь начинает широко использоваться при создании классификаций. Ренессанс синдромологического подхода во многом связан с достижениями экспериментальной и клинической психофармакологии. При назначении лекарственной терапии, которая на настоящем этапе развития психиатрии все еще носит так называемый «синдромологических» характер, врачи ориентируются не на причину психических расстройств, а на выявляемые психопатологические симптомы и синдромы.

2. *Нозологический принцип.* Классификация психических расстройств на основе нозологического принципа стала возможна в результате открытий связи между причиной, клиническими проявлениями, течением и исходом болезни. Нозологический принцип заключается в разделении болезней на основании общности этиологии, патогенеза и единообразия клинической картины.

По *этиологическому* принципу психические заболевания разделяют на эндогенные, экзогенные и психогенные.

В развитии *эндогенных* заболеваний большую роль играет наследственность. Обычно на эндогенное заболевание указывает спонтанный характер возникновения болезни и мало зависящее от внешних условий течение болезни.

*Экзогенные* психические расстройства включают болезни, обусловленные внешними факторами — черепно-мозговыми травмами, инфекциями и интоксикациями.

Особая разновидность экзогенных заболеваний — *психогении*. Возникновение психогенных заболеваний связано с эмоциональным стрессом, семейными и социальными проблемами.

Традиционным является разделение психических расстройств на *органические* и *функциональные*. Наличие отчетливых изменений в

структуре мозга приводит к появлению стойкой негативной симптоматики — нарушений памяти, интеллекта.

3. *Прагматический (статистический, эклектичный) принцип* приобретает особое значение в связи с созданием национальных и международных организаций, регулирующих экономические, социальные и правовые вопросы психиатрической помощи.

Планирование медицинских и социальных мероприятий невозможно без достоверных данных о распространенности психических расстройств. Решение юридических вопросов зависит от точности и достоверности поставленного диагноза. В России используется международная классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), разработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). МКБ разрабатывалась с целью унификации диагностического подхода при проведении статистических, научных и социальных исследований.

В МКБ-10 понятие «болезнь» заменено более широким термином «расстройство», не используются понятия «невроз» и «психоз», «эндогенный» и «психогенный». Классификация не отрицает этиологического подхода. В частности используются такие общепринятые нозологические единицы как шизофрения, органическое расстройство, реакция на стресс. Этиологический принцип используется при условии отсутствия существенных разногласий при оценке природы расстройства. Однако чаще диагноз в МКБ-10 основывается на выделении ведущего психопатологического синдрома.

### ***Классификация психических расстройств по МКБ-10:***

Введение;

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства;

F1 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ;

F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;

F3 Расстройства настроения (аффективные расстройства);

F4 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства;

F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;

F6 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте;

- F7 Умственная отсталость;  
F8 Расстройства психологического (психического) развития;  
F9 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте;  
F99 Неуточненное психическое расстройство.

**Вопросы и задания для самоконтроля**

1. Сформулируйте понятие симптомов психических расстройств.
2. Какие симптомы свойственны расстройству памяти?
3. Какие симптомы характеризуют расстройство восприятия?
4. Сформулируйте понятие синдромов психических расстройств.
5. Какие факультативные признаки присущи депрессивному синдрому?
6. Какие основные принципы свойственны классификации психических расстройств?
7. Какие причины психических заболеваний традиционно выделяют в судебной психиатрии?

---

## Тема 5. Эндогенные психические расстройства

---

### 5.1. Шизофрения: понятие, клинические проявления, судебно-психиатрическая оценка

Шизофрения (болезнь Блейлера) — хроническое эндогенное заболевание, проявляющееся различной негативной и позитивной симптоматикой, и характеризующееся специфическими нарастающими изменениями личности.

Во всем мире ежегодно регистрируется около 2 млн новых случаев заболевания шизофренией<sup>1</sup>.

Шизофрения занимает первое место среди психозов по распространенности (1—2% населения во всех странах мира), прогрессивности и тяжести социальных последствий.

Шизофрения в три раза чаще наблюдается у лиц мужского пола и у тех, кто достиг возраста 15—25 лет.

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о причинах возникновения и развития заболевания. Он не утрачивает своей актуальности и важности, о чем свидетельствует то, что исследователь, выяснивший причину заболевания, станет Нобелевским лауреатом. Медицинская наука располагает целым рядом гипотез о предполагаемых причинах шизофрении. В их числе:

- генетическая предрасположенность;
- пренатальные факторы (например, развитие отклонений в результате неправильного внутриутробного развития плода);
- социальные факторы (фон урбанизации, разводы, безработица, бедность);
- переживания, полученные в раннем детстве;
- экологические факторы;
- травмы головного мозга во время родов или сразу после них;
- социальная изоляция;
- алкоголизм (вызывает шизофрению, поскольку способствует генной мутации, из-за которой болезнь может развиваться у детей алкоголика);

---

<sup>1</sup> Колесниченко Е. В., Барыльник Ю. Б. Клинические предикторы десоциализации у больных параноидной шизофренией // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 4. С. 399.

---

— наркомания (приводит к развитию шизофрении и генной мутации, аналогично алкоголю);

— любые сильные стрессы, переживания и потрясения.

*Клинические проявления* шизофрении очень разнообразны. При ней могут наблюдаться почти все известные в психиатрии симптомы и синдромы, которые приводят к существенному изменению личности больного. В первую очередь у больного наблюдается эмоциональное снижение, нарушение волевой деятельности и мышления.

***Нарушение эмоциональной сферы*** выражается в нарастании личностных изменений, проявляющихся аутизмом (утрата контактов с окружающими, уход от действительности в свой внутренний мир, в свои переживания), угасанием привязанности к родным и близким, в снижении интереса к любимым занятиям. Больные становятся вялыми, пассивными, безразличными (даже к страданиям близких людей), неряшливыми, не соблюдают элементарных гигиенических правил; жалуются на потерю способности радоваться жизни, любить, сопереживать, волноваться и страдать как раньше. У некоторых наблюдается эмоциональная амбивалентность — одновременное существование двух противоположных эмоций, например, любви и ненависти, интереса и отвращения. В ряде случаев эмоциональные проявления могут быть неадекватны ситуации, собственным мыслям, представлениям.

***Нарушения волевой деятельности*** характеризуются частичным или полным отсутствием побуждений к деятельности, утратой желаний, в выраженных случаях — полной безучастностью и бездеятельностью, прекращением общения с окружающими. По мере развития абулии (от греч. *bule* — воля, *a* — отсутствие, отрицание) больных ничто не волнует и не интересует, у них отсутствуют реальные планы на будущее, они не проявляют интереса к своей дальнейшей судьбе, им все безразлично. Большую часть времени лежат в постели или сидят в одной позе.

При сохранении способности больных разговаривать и понимать обращенную к ним речь они молчат и не отвечают, т.е. им свойственен мутизм (от лат. *mutus* — немой), а также негативизм (от лат. *negativus* — отрицательный) — бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от любого действия, движения или сопротивление его осуществлению.

Больные теряют все прежние связи с друзьями, знакомыми и родными.

**Нарушение мышления** может выражаться в «философской интоксикации» — эксцентричном изучении философско-мистических, метафизических и других учений, которые всецело захватывают больного.

Больные проявляют склонность к бесплодному мудрствованию и резонерству. Не имея достаточных знаний и опыта, пишут «философские трактаты» и «научные труды» по сложнейшим проблемам, содержание которых бессистемно, непонятно, с оттенком пафоса, высокой символики.

Логическая последовательность мышления расстраивается, ассоциативные процессы нарушаются. В результате речь представляет собой бессмысленный набор слов, не связанных между собой, что традиционно называют «разорванность речи».

Нарушения мышления выражаются и в неологизмах (от греч. *neos* — новый, *logos* — речь, учение) — новообразованиях, выдумывании новых вычурных слов, которые больной употребляет в речи и письме. Они понятны только ему самому, но непонятны окружающим. Диапазон неологизма может быть от нескольких придуманных слов до создания больным шизофренией собственного языка.

**Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.** Шизофрения — прогрессивное психическое расстройство, поскольку характеризуется неуклонным нарастанием, прогрессированием и усложнением симптоматики. Степень прогрессивности может быть различной — от вялотекущего процесса до злокачественно-прогрессивных форм.

На современном этапе развития психиатрии появилось больше возможностей по лечению, реабилитации и реадaptации больных шизофренией. В итоге после перенесенного приступа у больных наблюдаются ремиссии (послабление болезни, когда продуктивная симптоматика исчезает) по 10—25 лет, и они продолжают успешно работать, заниматься высокопрофессиональной деятельностью, в том числе научной и творческой.

Кроме прогрессивных форм шизофрении есть и другие, мало-прогрессивные, мягкие, когда больные не нуждаются в помещении в психиатрическую больницу, а могут принимать лекарственные препараты дома, под контролем участкового психиатра, т.е. в амбулаторных условиях.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих шизофренией с различным типом течения, зависит от ряда факторов. В тех случаях,



когда клиническая картина психоза или отчетливые изменения личности в период ремиссии (симптомы дефекта в эмоциональной, волевой и когнитивной сферах) не вызывают сомнения в отношении диагноза шизофрении, лицо признается невменяемым. Это хроническое психическое расстройство, когда даже ремиссия (улучшение состояния) носит нестойкий и неглубокий характер.

Если правонарушение совершается больными шизофренией, в прошлом перенесшими психотический приступ, в период стойкой и глубокой ремиссии без отчетливых изменений личности, то они обычно признаются вменяемыми.

При развитии шизофрении уже после совершения правонарушения, в период следствия или после осуждения, во время нахождения в местах лишения свободы больные освобождаются от отбывания наказания (ч. 1 ст. 81 УК РФ), хотя в отношении инкриминируемых им деяний они признаются вменяемыми. Таким больным суд может назначить принудительные меры медицинского характера в психиатрическом стационаре.

Способность свидетелей и потерпевших, страдающих шизофренией, участвовать в судебно-следственном процессе, правильно воспринимать обстоятельства по делу и давать о них верные показания обязательно должна оцениваться с учетом сохраненных сторон их психической деятельности, а также в зависимости от характера анализируемой криминальной ситуации, участниками которой они оказались.

Довольно часто больные шизофренией проходят судебно-психиатрическое освидетельствование в гражданском процессе, когда решаются вопросы их дееспособности и установления над ними опеки.

## **5.2. Формы шизофрении**

Деление шизофрении по ее клиническим формам осуществляется в зависимости от доминирующего синдрома. Такая дифференциация носит условный характер, поскольку для больных шизофренией характерны существенные изменения клинической картины в ходе заболевания. В результате, в процессе дальнейшего течения одна форма шизофрении может переходить в другую.

Традиционно выделяют следующие основные клинические формы шизофрении.

**Простая форма** шизофрении характеризуется преобладанием негативной симптоматики без психотических эпизодов. Начинается с утраты прежних побуждений к жизни и интересов, праздного и бессмысленного поведения, оторванности от реальных событий. Она медленно прогрессирует, причем постепенно углубляются негативные проявления болезни: понижение активности, эмоциональная уплощенность, бедность речи и других средств общения (мимика, контакт глаз, жестикация). Снижается эффективность в учебе и работе до полного их прекращения. С течением времени больные теряют способность к освоению нового материала, новых навыков, при этом сохраняют прежние знания и умения. Больные могут часами лежать в постели и поддаваться рассуждениям о смысле жизни, мироздания. Начинают интересоваться историей, философией, лингвистикой и другими теоретическими науками. В психиатрии эти проявления получили название «симптомы метафизической интоксикации».

Постепенно больные становятся полностью безразличными к родным, теряют интерес к семье, близким, иногда проявляют к ним ненависть и враждебность.

Типичными для больных простой формой шизофрении являются преморбидные симптомы: робость, инфантильность, застенчивость, пугливость. Возможно появление ипохондрических жалоб и стереотипии: повторяющиеся жесты, покашливания, покачивания.

Возможно растормаживание примитивных влечений: у больных развивается булимия, неумная тяга к сексуальному удовлетворению, которое достигается при помощи онанирования. Лечение таких больных приносит результат в том случае, если заболевание не запущено и не произошло формирования устойчивого шизофренического дефекта.

**Параноидная форма** шизофрении — наиболее часто встречается в судебно-психиатрической экспертной практике. В клинической картине преобладают галлюцинаторно-параноидный синдром и синдром психического автоматизма.

Параноидная форма характеризуется преобладанием в картине болезни бредовых и галлюцинаторных расстройств, образующих паранойальный, параноидный синдромы, синдром психического авто-

матизма Кандинского-Клерамбо и парафренный синдром. Сначала отмечают тенденцию к систематизации бреда, но в дальнейшем он становится все более отрывочным, нелепым и фантастическим. По мере развития болезни появляются и усиливаются негативные симптомы, складывающиеся в картину эмоционально-волевого дефекта.

Параноидная форма шизофрении отличается незначительным угнетением эмоциональной и волевой сфер. Больной способен проявлять вполне адекватные эмоциональные реакции, однако довольно часто они имеют агрессивную окраску. Симптомы патологии в этом случае могут включать нарушения в двигательной сфере и изменение мыслительной деятельности. Больные часто «теряют мысль» и не могут структурировано выразить свою мысль. Наиболее распространены галлюцинации — слуховые и зрительные. Проявляется сенестопатия.

До настоящего времени, несмотря на значительную историю изучения параноидной шизофрении, назвать однозначные факторы, обуславливающие ее возникновение, не представляется возможным. Наряду с этим, в число возможных причин включены:

- отягощенная наследственность;
- алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- аномалии внутриутробного развития;
- нейробиологические нарушения;
- социальные факторы.

Приведем довольно типичную характеристику лица, у которого диагностирована параноидная форма шизофрении.

### **Пример**

Подэкспертная М., 34 г., подозреваемая в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 111 УК РФ. Из материалов уголовного дела № XXXX, в одном томе, медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного ПНД) и со слов подэкспертной известно следующее: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие протекало без особенностей. К обучению в массовой школе приступила своевременно, училась успешно, окончила среднюю школу. По характеру формировалась мнительной, тревожной, подозрительной, с трудом общалась с детьми. После школы поступила в Железнодорожный техникум, но со второго курса учебу оставила в связи с «астеническим состоянием». Некоторое время работала официанткой в кафе. В июне 1996 г., когда ей было 19 лет, за

несколько дней до свадьбы нарушился сон, стала слышать внутренние «голоса», которые комментировали ее поступки, заставляли совершать различные действия, плакала, не спала, считала, что ее околдовали и преследуют. В связи с таким состоянием была помещена в психиатрическую больницу, где установлен диагноз: «Шизофрения, галлюцинаторно-параноидный синдром». После выписки из больницы на работу не вышла, увольнение не оформила. Вышла замуж за наркомана, периодически вместе с ним наркотизировалась. Была пассивной, бездеятельной, изредка помогала матери по хозяйству. В 1996 г. была повторно госпитализирована в психиатрическую больницу в связи с обострением галлюцинаторно-бредовой симптоматики. После выписки оставалась замкнутой, бездеятельной, периодически алкоголизировалась, лекарства не принимала. В 1997 г. совершила кражу, была привлечена к уголовной ответственности, в ходе следствия проходила АСПЭ, где с диагнозом: «Шизофрения» была направлена на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа. В больницу поступила 1 апреля 1998 г. в остром психотическом состоянии, была растеряна, на лице аффект недоумения, не понимала, что с ней происходит, недоступна в переживаниях. В дальнейшем на первый план выходили нарушения мышления в виде разорванности, высказывала бредовые идеи воздействия, отношения, отмечала путаницу мыслей. Больных принимала за других лиц, рвала на себе одежду, обнажалась, была агрессивной. С августа 1998 г. состояние несколько улучшилось, бредовые переживания дезактуализировались, появилась критика к своему состоянию и содеянному. Впоследствии острой психотической симптоматики не обнаруживала, работала в ЛТМ, поведение было упорядоченным. 16 октября 1998 г. определением суда принудительные меры медицинского характера были сняты. Затем многократно находилась на лечении в психиатрической больнице, госпитализации были связаны с появлением на фоне галлюцинаторно-бредовой симптоматики неадекватного поведения, нарастал эмоционально-волевой дефект. Проживала с мужем и сыном, не работала, находилась на инвалидности. Последняя госпитализация в психиатрическую больницу с 15 августа по 16 октября 2010 г. с диагнозом: «Шизофрения, параноидная форма, приступообразно-прогредиентное течение, параноидный синдром на фоне выраженного эмоционально-волевого дефекта, осложненного алкоголизацией». На фоне отказа от приема лекарств и посещения диспансера ухудшилось состояние — нарушился сон, стала возбужденная, конфликтная, агрессивна к родным, обвиняла их в торговле наркотиками, конфликтовала с родными, дома не удерживалась. Госпитализирована была бригадой скорой помощи. При поступлении эмоционально неустойчива, вычурна, контакту малодоступна, раздражительна, злобна, плаксива. Речь была громкой, ускоренной, насыщена нецензурной бранью, высказывания непоследовательные, паралогичные, своих переживаний до конца не раскрывала. Негативно настроен-

на к родственникам, конфликтна с больными. На фоне лечения стала спокойнее, психотическая симптоматика была купирована, сохранялись проявления дефекта (сведения из медицинской документации).

Как следует из материалов уголовного дела, М. на почве личных неприязненных отношений нанесла несколько ударов ножом Т., а также облила его кипятком, причинив проникающие ножевое ранение брюшной полости, двойное сквозное ранение желудка, внутрибрюшное кровотечение, множественные резаные раны правого лучезапястного сустава, термические ожоги 2 ст. туловища и нижних конечностей. Допрошенная в ходе следствия подэкспертная свою вину признала.

**ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ:** Формально ориентирована всесторонне правильно. Цель проводимого обследования самостоятельно объяснить не может, считает, что приехала лечиться. Санитарно запущена. В беседе вялая, однообразна. Фон настроения снижен. Сведения о себе сообщает недостаточно последовательно, не всегда отвечает в плане вопроса, стереотипно оглядывается по сторонам, становится временами настороженной, подозрительной. О прошлых госпитализациях говорит сбивчиво, не помнит точных дат. Не отрицает, что поведение ее было неправильным, уверена, что это из-за болезни. Рассказала, что последнее время постоянно слышит «голоса» угрожающего характера, которые ей приказывают, что-то сделать. Уверена, что кто-то управляет ее действиями и мыслями. При этом становится напряженной, речь приобретает форму монолога, на лице страдальческое выражение, плачет, просит ей помочь. Об инкриминируемом деянии рассказывает в соответствии со сведениями, данными в ходе следствия. Мышление непоследовательное, паралогичное, с элементами соскальзывания. Эмоциональные реакции однообразные, обедненные, не всегда адекватны. Целостное критическое отношение к своему состоянию и сложившейся ситуации отсутствует.

**НА ОСНОВАНИИ ИЗЛОЖЕННОГО** комиссия пришла к заключению, что М. не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. Как страдающая хроническим психическим заболеванием, совершившая общественно-опасное деяние, представляющая социальную опасность в силу имеющихся выраженных нарушений психики, М. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.

**Гебефреническая форма** шизофрении наступает обычно в юношеском возрасте. Характеризуется преобладанием гебефренного синдрома, отличается от простой большей подвижностью больных, суетливостью с оттенком дурашливости и манерности, характерна не-

устойчивость настроения. Из-за резких перепадов настроения начинает изменяться поведение: сначала больной кривляется, смеется, затем резко становится агрессивным.

Больные совершают безмотивные поступки и бывают многоречивы, инфантильны, склонны к резонерству, стереотипным высказываниям, мышление их бедно и однообразно. Больной постоянно хихикает; самодовольная улыбка сменяется страхом, плачем; может постоянно говорить одно и то же, применяет бессмысленные рифмы, иногда специально использует уменьшительно-ласкательную лексику. Некоторые наоборот употребляют нецензурный запас слов.

Галлюцинаторные и бредовые переживания отрывочны и поражают своей нелепостью. По Э. Крепелину, только у 8% больных отмечают благоприятные ремиссии, но в целом течение болезни отличается злокачественностью.

**Кататоническая форма** шизофрении характеризуется преобладанием в клинической картине заболевания кататонического синдрома. Расстройство может развиваться при травматических, инфекционных, интоксикационных психозах, при опухолях базальных отделов головного мозга, при прогрессивном параличе.

Эта форма проявляется в виде кататонического ступора или возбуждения, которые могут чередоваться друг с другом.

Наблюдаются: негативизм — отрицательное восприятие всего, что предлагается окружающими; восковая гибкость — способность «застывать» в неестественной позе; мутизм, стереотипии (однообразные, ритмически повторяемые движения, выкрики одной и той же фразы и т.п.); автоматоподобность — состояние, при котором больной автоматически бездумно выполняет поступившие в его адрес указания и инструкции; эхопраксия — копирование движений окружающих людей или животных; эхомимия — имитация мимики собеседника, при этом для движений свойственны вычурность и манерность; эхолалия — автоматическое повторение услышанной вербальной информации.

Кататонические расстройства обычно сочетаются с галлюцинаторно-бредовым синдромом, а в случае острого приступообразного течения заболевания — с онейроидным синдромом.

Заболевание может сопровождаться изменениями на теле, появлением синюшности конечностей, обильным слюнотечением.

### 5.3. Эпилепсия: понятие, клинические проявления, судебно-психиатрическая оценка

**Эпилепсия** (от лат. *epilepsia* — схваченный, пойманный, застигнутый) — хроническое психическое расстройство, проявляющееся в судорожных или бессудорожных припадках (пароксизмами) и психических нарушениях.

Самое раннее описание эпилепсии встречается в Библии во II тысячелетии до н.э. Гиппократ 400 лет до н.э. написал монографию об эпилепсии «Священная болезнь», в которой отметил, что эпилепсия имеет такие же естественные причины, как и другие заболевания. Христианская религия утверждала в ранних теологических текстах, что эпилепсия — это обладание духом дьявола, которое нужно лечить заклинаниями.

В XI в. врачом Авиценной введен термин «эпилепсия». До него эту болезнь называли «падучей» из-за того, что в момент припадка больные теряли сознание и падали. Также ее называли «священной», «лунной» (из-за снохождения — лунатизма).

XX век ознаменован настоящим прорывом в эпилептологии: в 1924 г. создана электроэнцефалография (ЭЭГ), в 1939 г. синтезирован фенитоин, в 1909 г. создана Международная противоэпилептическая лига (ILAE).

Многие великие личности разных эпох и народов страдали эпилепсией. В частности, Юлий Цезарь, Наполеон Бонапарт, Петр I, Альфред Нобель, Жанна Д'Арк, Иван IV Грозный, Винсент Ван Гог, Уинстон Черчилль, Льюис Кэрролл, Александр Македонский, Альфред Нобель, Данте Алигьери, Федор Достоевский, Нострадамус и другие.

В настоящее время эпилепсия является одним из самых распространенных хронических заболеваний с поражением головного мозга. Эпилепсией страдает около 65 млн человек в мире. Социальное значение заболевания значительно возрастает в связи с тем, что поражает оно лиц молодого возраста. Значительное число больных — дети. Частота эпилепсии в возрасте от 2 до 12 лет — 45 на 100 тыс. населения (реже, чем у взрослых).

Распространенность эпилепсии в России — 0,6—1,2% всего населения.

У трети пациентов, несмотря на появление новых антиэпилептических препаратов (АЭП), приступы не поддаются купированию. По данным отечественных исследователей, одна беременность из 200 является беременностью женщины с эпилепсией<sup>1</sup>.

Всемирной организацией здравоохранения причины развития эпилепсии сгруппированы в три основные группы:

1) *идиопатическую* — это случаи, когда заболевание передается по наследству, часто через десятки поколений. Органически мозг не поврежден, но имеется специфическая реакция нейронов. Такая форма непостоянна, и приступы возникают без существенной причины;

2) *симптоматическую* — всегда присутствует причина развития очагов патологической импульсации. Это могут быть последствия травмы, интоксикации, опухоль, киста, пороки развития и т.п. Это наиболее «непредсказуемая» форма эпилепсии, поскольку приступ может быть спровоцирован малейшим раздражителем, например, уколы от инъекций, сильная обида и т.п.;

3) *криптогенную* — не удастся точно установить истинную причину возникновения нехарактерных (несвоевременных) импульсных очагов.

*Клинические проявления* эпилепсии весьма разнообразны, их разделяют на три группы состояний:

1) кратковременные судорожные и бессудорожные пароксизмальные состояния;

2) острые и затяжные психозы;

3) изменения личности и слабоумие.

Заболевание протекает в форме припадков, которые при эпилепсии бывают большими и малыми.

Известно более 30 типов эпилептических припадков. В настоящее время для их систематизации используется Международная классификация эпилепсии и эпилептических синдромов (1989), принятая Всемирной организацией здравоохранения. Эта классификация выделяет два главных вида припадков — *генерализованный (общий)* и *парциальный (очаговый, фокальный)*.

К **генерализованным** относят следующие припадки.

---

<sup>1</sup> Карлов В. А. Эпилепсия у женщин // Журнал неврологии и психиатрии. 2006. № 1. С. 41—46.



***Большой (первично-генерализованный) судорожный припадок.***

Обычно он начинается внезапно, и начало его не связано с какими-либо внешними факторами. В начале приступа (*тоническая фаза*) возникает напряжение всех мышц, кратковременная остановка дыхания, часто наблюдается пронзительный крик, возможно прикусывание языка. Лицо становится мертвенно-бледным, с постепенно нарастающим цианозом, челюсти судорожно сжаты. Спустя 10—30 секунд наступает *клоническая фаза* (1—3 минуты), когда сокращения мышц чередуются с их расслаблением. Дыхание нередко бывает хриплым, шумным из-за скопления слюны и западения языка, цианоз медленно исчезает, изо рта выделяется пена, часто окрашенная кровью вследствие прикусывания языка или щеки. Частота клонических судорог постепенно уменьшается, и по окончании их наступает общее мышечное расслабление. В этот период больной не реагирует даже на самые сильные раздражители, зрачки расширены, реакция их на свет отсутствует, сухожильные и защитные рефлексы не вызываются. В конце клонической фазы бывает недержание мочи. Судороги обычно прекращаются самопроизвольно через несколько минут (2—5 минут). Затем наступает *постприступный период*, характеризующийся сонливостью, спутанностью сознания, головной болью и наступлением сна.

В некоторых случаях после припадка может наступить не сон, а оглушенность с дезориентировкой в окружающем, растерянностью, двигательным беспокойством — постприпадочное состояние. Воспоминания о припадке отсутствуют (амнезия), однако в памяти больного может сохраниться самое начало припадка. Это происходит тогда, когда припадку предшествует аура (греч. *aura* — дуновение).

Выделяют четыре основных типа ауры:

— *сенсорная аура* (встречается наиболее часто) проявляется различными ощущениями (ползание мурашек, покалывание, жжение, онемение), отрывочными галлюцинациями (искры, световые пятна, звон, шум, крик, неприятный запах, необычные вкусовые ощущения);

— *вегетативная аура* выражается в сердцебиении, чувстве удушья, ощущении голода, жажды, потливости;

— *моторная аура* характеризуется различными однообразными движениями (топтанье, кружение на месте, причмокивание языком, стремление бежать), повторением отдельных слов, фраз;

— *психическая аура* выражается в аффектах страха, ужаса в сочетании со сложными галлюцинациями.

Возможна комбинация различных типов ауры.

Частота припадков — это индивидуальный показатель, который варьируется в пределах от единичных в течение жизни до нескольких припадков в сутки. Могут возникать серии припадков, следующих один за другим без полного прояснения сознания между ними (до 100 и более в сутки). Подобное состояние (эпилептический статус) представляет угрозу для жизни больного.

Кроме большого судорожного припадка к генерализованным также относят:

— *атипический абсанс*, для которого свойственно внезапное и кратковременное (до 1 минуты) выключение сознания, не сопровождающееся падением больного. Иногда наблюдаются слабые судорожные подергивания в отдельных группах мышц. Больные на мгновение как бы застывают в одной позе и замолкают, взгляд становится бессмысленным, блуждающим. Больные могут совершать стереотипные движения или несколько раз повторяют одни и те же слова или фразы; очнувшись, продолжают прерванное занятие. О случившемся больные не помнят или знают по косвенным признакам. Количество абсансов индивидуально — от 1 до 130 в день;

— *атонические (акинетические) приступы* характеризуются резким снижением мышечного тонуса, в результате чего больной внезапно падает, возможны кратковременные потери сознания;

— *миоклонические приступы* выражаются в виде кратковременного тонического напряжения групп мышц туловища, конечностей, шеи.

В числе **парциальных** следует назвать:

— *адверсивный судорожный припадок* — начинается с *тонической фазы*, при которой поворачиваются в сторону, противоположную очагу поражения, сначала глазные яблоки и голова, а затем и все тело больного, после чего больной падает. Далее наступает *клоническая фаза* припадка, неотличимая от таковой при большом эпилептическом припадке;

— *припадки Джексона*, охватывающие кисть, стопу, одну конечность; в некоторых случаях постепенно распространяются с дистального отдела конечности на всю половину тела;

— *оперкулярные приступы*, обусловленные раздражением оперкулярной области лобной и височной долей, характеризуются появлением чмокающих жевательных и сосательных движений и могут протекать на фоне ясного сознания или являться начальной фазой большого судорожного приступа.

**Бессудорожные пароксизмальные приступы, или психические эквиваленты**, — кратковременные психические расстройства, возникающие самостоятельно, как бы вместо припадков. Так же, как и припадки, эквиваленты возникают и кончаются внезапно, бывают непродолжительны (хотя в отличие от припадков могут продолжаться часы и дни), обычно постоянны в своих клинических проявлениях у одного и того же больного. Психическим эквивалентам могут предшествовать неспецифические предвестники, в ряде случаев аура.

*Нарколептический припадок* — внезапное (за секунды, минуты, изредка за несколько десятков минут) развитие непреодолимой сонливости, сменяющейся сном. Припадок возникает в любых условиях — во время ходьбы, при езде на транспорте или вождении, во время работы, в том числе и в условиях, опасных для жизни.

*Каталепсический припадок* — внезапное расслабление мышц под влиянием неожиданных раздражителей, например звуковых, или сильных аффектов (испуг, радость, гнев и т.п.). Припадок может сопровождаться падением. Сознание сохраняется. Из-за атонии речедвигательных мышц больные во время припадков не отвечают на вопросы.

*Дисфории* — эпилептические расстройства настроения. Это наиболее частая форма психических эквивалентов. При дисфориях чаще всего наблюдается тоска, тревога, беспричинный страх, сочетающийся со злобностью, подозрительностью, напряженностью, готовностью к разрушительным действиям, направленным обычно против окружающих. Нередко больные жалуются на неодолимое желание убить кого-нибудь из близких или покончить с собой. Дисфории могут сопровождаться неприятными, а порой и мучительными физическими ощущениями — сенестопатиями: болью в сердце, жжением в различных участках тела, чувством сжатия некоторых внутренних органов.

*Сумеречные помрачения сознания* — самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в

месте, времени, собственной личности; сопровождается неправильным поведением. Может сопровождаться бредом, галлюцинациями, измененным аффектом. Содержание галлюцинаторно-бредовых расстройств отражается на восприятии больными окружающего, их высказываниях и поступках. Преобладают бредовые идеи преследования, личной и всеобщей гибели, эротически-религиозный или экспансивный бред (величия, реформаторства, мессианства). Чаще встречаются зрительные и обонятельные галлюцинации, реже слуховые. Зрительные галлюцинации чувственно яркие, нередко окрашены в красный, розовый, желтый и иные цвета; обычно это война, катастрофы, убийства, пытки, религиозно-мистические и эротические видения. Устрашающий характер бреда и галлюцинаций сочетается с аффектом страха, ужаса, злобы, иступленной ярости; значительно реже встречаются состояния экстаза.

*Амбулаторный автоматизм (фуга, транс)* — непроизвольное блуждание в состоянии измененного сознания. При нем окружающее воспринимается неотчетливо и смутно, но на внешние раздражители больные реагируют привычными автоматизированными действиями. Больные производят впечатление неловких, погруженных в свои мысли людей. Продолжительность нарушенного сознания — от нескольких минут до нескольких дней и недель; в последних случаях больные проделывают иногда длительные путешествия, например, могут уехать из одного города в другой. Состояние заканчивается обычно глубоким сном. Воспоминания о происшедшем отсутствуют.

*Сомнамбулизм (лунатизм, снохождение)* характеризуется тем, что встав с постели во время ночного сна, больные бесцельно бродят по комнате, выходят на улицу, иногда совершают опасные для своей жизни поступки, например, забираются на крыши, пожарные лестницы и т.п. На задаваемые вопросы не отвечают, не узнают близких, внешне выглядят несколько растерянными. Обычно они сами через несколько минут ложатся и засыпают, иногда в самом неподходящем месте. Воспоминаний об эпизоде не сохраняется.

*Особые состояния* — пароксизмальновозникающие частичные расстройства сознания. В этих случаях нарушается психическая ориентировка, восприятие времени, пространства, окружающего; возникают симптомы «уже виденного», «никогда не виденного», появляются расстройства схемы тела, оптико-вестибулярные нарушения.

Это сопровождается аффективными расстройствами в форме тревоги, страха, растерянности и невозможности отдавать себе отчет в происходящем, но самосознание сохранено. Воспоминания о происшедшем также сохранены, к перенесенному имеется критическое отношение.

*Эпилептические психозы* наступают, как правило, на фоне отсутствия судорожных припадков. Бывают острыми, затяжными и хроническими, протекают без помрачения сознания.

**Изменения личности** формируются уже на начальных этапах заболевания и идут параллельно его развитию. Проявляются астенической, неврозо- и психопатоподобной симптоматикой. С формированием эпилептического процесса происходит замена экзогенных черт эпилептическими. При небольшой длительности заболевания (до одного года) они могут быть слабо выражены или вообще отсутствовать. По мере прогрессирования болезни степень их выраженности нарастает. При своевременном диагностировании заболевания, эффективной противоэпилептической терапии и купировании приступов может наступать стабилизация болезненного процесса с последующим регрессом изменений личности.

Мышление обстоятельное, замедленное и тугоподвижное (вязкое). Больные неспособны выделить главный факт, с трудом переключаются с одной темы на другую, акцентируют внимание на несущественных деталях, используют уменьшительно-ласкательные слова; речь витиеватая.

Тенденция к многословию, обстоятельности проявляется в письме и рисунках, изобилующих мельчайшими подробностями.

Эпилептическим личностям свойственны склонность к сверхценным образованиям, неадекватной прямолинейности, фанатической преданности какой-либо идее (религиозной, реформаторской), а также подозрительность, тревожность, ипохондричность, истерические и депрессивные реакции, нетерпимость к мнению окружающих, инфантилизм. Последнее свойство выражается в незрелости и легковесности суждений и умозаключений наряду с пассивной подчиняемостью, что проявляется не только в отдельных поступках, но и в поведении в целом. Способность к прогнозированию последствий своих поступков снижена.

Одна из основных особенностей эпилептического характера — полярность аффекта, т.е., с одной стороны, злобность, мстительность, выраженный эгоцентризм, злопамятность, жестокость, агрессивность,

утрированная обидчивость, эмоциональная взрывчатость, повышенная возбудимость, с другой — вежливость, угодливость, лстивость, впечатлительность, повышенная аккуратность, пунктуальность и т.п.

Безусловно, степень выраженности обозначенных специфических свойств личности зависит не только от времени начала заболевания, роли экзогенных факторов в происхождении эпилепсии, интенсивности течения заболевания, компенсаторных возможностей организма, результатов лечения, но и от микроокружения, воспитания, образования, характера трудовой деятельности, отношения к больному в обществе.

Характерные эпилептическим личностям свойства проявляются в процессе совершения преступления. Например, осужденные по ст. 131 (изнасилование) и ст. 132 (насильственные действия сексуального характера) УК РФ лица, страдающие эпилепсией и признанные вменяемыми, вначале знакомства с будущими потерпевшими проявляли вежливость, угодливость, чрезвычайную предупредительность и внимательность. Были очень изобретательны в выборе средств, для завлечения жертвы в безлюдное место. Однако в случае неповиновения их поведение становилось крайне разрушительным, сочетало в себе элементы физической и вербальной агрессии. В некоторых случаях приводило к садизму и убийству жертвы. Причем локализация повреждений приходилась на область половых органов.

**Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии** является весьма сложной, поскольку во время проведения экспертизы, даже стационарной, не всегда можно наблюдать эпилептические припадки и его эквиваленты.

Наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют большие и малые припадки, а также сумеречные состояния. При экспертной оценке состояния водителя во время совершения дорожно-транспортного происшествия существенное значение имеет констатация большого, малого припадка или состояния абсанса в момент аварии. Лица, совершившие данные противоправные деяния в указанных состояниях, признаются невменяемыми, так как подпадают под понятие временного расстройства психической деятельности — медицинского критерия ст. 21 УК, а наличие нарушенного сознания лишает их возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Лица с острыми, затяжными и хроническими эпилептическими психозами должны признаваться невменяемыми, однако в ряде случаев возникают определенные трудности в распознавании этих состояний. Решающее значение имеют материалы дела и медицинская документация.

Если правонарушение совершено в период между приступами, то вменяемость зависит от глубины имеющихся изменений личности. Правонарушители без выраженных изменений психики признаются вменяемыми.

При выраженной деградации, слабоумии больных признают невменяемыми. Также решается вопрос о дееспособности и способности давать свидетельские показания.

#### **5.4. Маниакально-депрессивный психоз: понятие, клинические проявления, судебно-психиатрическая оценка**

**Маниакально-депрессивный психоз**, циркулярный психоз, циклофрения (при смягченном, нерезко выраженном течении — циклотимия) — психическое заболевание, проявляющееся периодически наступающими расстройствами настроения. Женщины составляют 70% всех больных маниакально-депрессивным психозом.

В типичных случаях протекает в форме чередующихся фаз — маниакальной, выражающейся немотивированно веселым настроением и депрессивной; обычно приступы болезни сменяются промежутками полного здоровья. Подобное классическое течение болезни наблюдается сравнительно редко, чаще встречаются формы болезни с возникновением только маниакальных или только депрессивных состояний.

К причинам маниакально-депрессивного психоза относят:

- 1) наследственный фактор;
- 2) конституциональный фактор. Почти в 2/3 случаев маниакально-депрессивным психозом страдают люди так называемой пикнической конституции. По классификации Э. Кречмера, это низкорослые крепыши, склонные к ожирению, облысению и т.д.

##### ***Симптомы маниакальной фазы:***

- повышенное настроение (гипертимия);
- двигательное возбуждение;

— идеаторно-психическое возбуждение (тахипсихия).

### ***Стадии течения «полной» маниакальной фазы***

*Гипоманиакальная стадия* характеризуется повышенным настроением, появлением чувства духовного подъема, физической и психической бодрости. Речь многословная, ускоренная, падает количество смысловых ассоциаций с нарастанием механических ассоциаций (по сходству и созвучию в пространстве и времени). Говорят без усталости, громко смеются, поют. Характерно умеренно выраженное двигательное возбуждение (непрерывно находятся в движении, на одном месте не сидят, суетятся, танцуют). Внимание характеризуется повышенной отвлекаемостью. Характерна гипермнезия (все события воспринимают с радостью, всем довольны). Мимика лица подвижная, выразительная, глаза блестящие, лицо всегда возбужденное, раскрасневшееся. Умеренно снижается продолжительность сна и повышается аппетит.

*Стадия выраженной мании* характеризуется дальнейшим нарастанием выраженности основных симптомов фазы. Больные склонны к шуткам, разговорам эротического содержания, делают меткие замечания, бывают остроумны, смеются, хвастливы, считают себя гениальными. Возможны кратковременные вспышки гнева. Речевое возбуждение выраженное, достигает степени скачки идей (лат. *fuga idearum*). Выраженное двигательное возбуждение, выраженная отвлекаемость приводят к невозможности вести с больным последовательную беседу. На фоне переоценки собственной личности появляются бредовые идеи величия. На работе больные строят радужные перспективы, вкладывают деньги в бесперспективные проекты, проектируют безумные конструкции. Длительность сна снижается до 3—4 часов в сутки.

*Стадия маниакального неистовства* характеризуется максимальной выраженностью основных симптомов. Резко двигательное возбуждение носит беспорядочный характер, речь внешне бессвязна (при анализе удастся установить механически ассоциативные связи между компонентами речи), состоит из отрывков фраз, отдельных слов или даже слогов (мышление ускоренное). Нередко мышление приобретает настолько ускоренный характер («скачки мыслей»), что больные оказываются не в состоянии последовательно изложить свои мысли. Вести планомерную беседу с такими лицами оказывается практически невозможно. Больные становятся особенно агрессивными и неистовыми.



*Стадия двигательного успокоения* характеризуется редукцией двигательного возбуждения на фоне сохраняющегося повышенного настроения и речевого возбуждения. Интенсивность двух последних симптомов также постепенно снижается.

*Реактивная стадия* характеризуется возвращением всех составляющих симптомов мании к норме и даже некоторым снижением по сравнению с нормой настроения, легкой моторной и идеаторной заторможенностью, астенией. Некоторые эпизоды стадии выраженной мании и стадия маниакального неистовства у больных могут амнезироваться.

***Симптомы депрессивной фазы:***

- подавленное настроение (гипотимия);
- замедленное мышление (брадипсихия);
- двигательная заторможенность.

В целом маниакально-депрессивный психоз чаще проявляется депрессивными, нежели маниакальными состояниями.

***Стадии течения депрессивной фазы.*** У больных исчезает аппетит, пища кажется безвкусной («как трава»), больные теряют в весе, иногда значительно (до 15 кг). У женщин на период депрессии исчезают менструации (аменорея). При неглубокой депрессии отмечаются характерные для биполярных аффективных расстройств (БАР) суточные колебания настроения: самочувствие хуже с утра (просыпаются рано с чувством тоски и тревоги, бездеятельны, безразличны), к вечеру несколько повышается настроение, активность. С возрастом в клинической картине депрессии все большее место занимает тревога (немотивированное беспокойство, предчувствие, что «что-то должно случиться», «внутреннее волнение»).

*Начальная стадия депрессии* проявляется нерезким ослаблением общего психического тонуса, снижением настроения, умственной и физической работоспособности. Характерно появление умеренных расстройств сна в виде трудности засыпания и его поверхностности. Для всех стадий течения депрессивной фазы характерно улучшение настроения и общего самочувствия в вечерние часы.

*Стадия нарастающей депрессии* характеризуется уже явным снижением настроения с появлением тревожного компонента (неопределенные опасения, тягостные предчувствия), резким снижением физической и психической работоспособности, двигательной затормо-

моженностью. Речь медленная, немногословная, тихая. Нарушения сна выливаются в бессонницу. Характерно заметное снижение аппетита. Больные жалуются на плохое настроение, тоску, тревогу, физическое недомогание, общую слабость, головные боли, повышенную утомляемость, плохой аппетит.

*Стадия выраженной депрессии* — все симптомы достигают максимального развития. Характерны тяжелые психотические аффекты тоски и тревоги, мучительно переживаемые больными. Речь резко замедленная, тихая или шепотная, ответы на вопросы односложные, с большой задержкой. Больные подолгу могут сидеть или лежать в одной позе (так называемый «депрессивный ступор»). Характерна анорекция. На этой стадии появляются депрессивные бредовые идеи (самообвинения, самоуничужения, собственной греховности, ипохондрические). Больным кажется, что с ними и их семьями должно произойти какое-то несчастье, причиной которому — они, грешники, никчемные люди, которые не в состоянии справиться с привычной работой. Считают себя провинившимися перед семьей и обществом, недостойными внимания и заботы. Наносят себе телесные повреждения, покушаются на самоубийство. Чтобы осуществить свое намерение, ослабить надзор в больнице или наблюдение за ними в семье, больные нередко диссимулируют, скрывают болезненные переживания. Выйдя же из больницы, они кончают жизнь самоубийством.

Суицидальные попытки наиболее часты и опасны в начале стадии и на выходе из нее, когда на фоне резкой гипотимии отсутствует выраженная двигательная заторможенность.

Иногда больные убивают близких людей с целью избавить их от якобы грозящих мучений.

Иллюзии и галлюцинации редки, однако они могут быть (главным образом слуховые), чаще в виде голосов, сообщающих о безнадежности состояния, бессмысленности бытия, рекомендующих покончить с собой.

*Реактивная стадия* характеризуется постепенной редукцией всех симптомов, некоторое время сохраняется астения, но иногда, наоборот, отмечается некоторая гипертимия, говорливость, повышенная двигательная активность.

**Судебно-психиатрическая оценка.** В случае наличия у больного в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, обострения

заболевания с развитием психотического приступа (как депрессивного, так и маниакального) теряется способность адекватно оценивать свое психическое состояние и сложившуюся ситуацию, критически осмысливать суть и последствия своих действий, руководить своим поведением в целом. В состоянии маниакального возбуждения больные могут наносить оскорбления окружающим, совершать в отношении них агрессивные действия, различные нелепые поступки. В связи с повышенной в таких состояниях сексуальной возбудимостью данные лица могут совершать развратные действия и изнасилования. Наряду с этим возможно возникновение перверсий (эксгибиционизм, гомосексуальные тенденции и т.д.), которые были не свойственны больным ранее и которые исчезают вместе с приступом болезни. Общественно опасные деяния, совершенные во время психотического приступа, влекут за собой невменяемость. При менее выраженном маниакальном состоянии (например, при циклотимии) больные могут заключать противозаконные сделки, совершают растраты, нарушают трудовую дисциплину. Они нередко попадают на судебно-психиатрическую экспертизу в качестве потерпевших.

В депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза больные на судебно-психиатрическую экспертизу попадают реже. Обычно их обвиняют в преступной халатности, иногда банальных кражах. Им свойственны попытки самоубийства или расширенного самоубийства. Данные поступки обычно совершаются в состоянии психотической депрессии, когда на фоне подавленного настроения, чувства глубокой тоски, депрессивных бредовых идей самообвинения и самоуничтожения возникают суицидальные мысли, бредовые мысли депрессивного содержания (что жизнь зашла в тупик, мир рушится, поэтому близких, особенно детей, необходимо убить, чтобы избавить от мучений). Больные, совершившие общественно опасные деяния в период психотической депрессии, также признаются невменяемыми.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза в связи с самоубийством нередко выявляет, что у лиц, совершивших самоубийства без какого-либо внешнего повода, была депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза.

В случаях, когда больной к моменту вынесения экспертного решения о невменяемости уже вышел из психотического состояния, а признаки психического заболевания находятся на субклиническом

уровне, целесообразно рекомендовать данному лицу назначение принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра. В целях профилактики повторных правонарушений таких больных следует при первых же симптомах новой психотической фазы маниакально-депрессивного психоза помещать в психиатрические стационары на принципах недобровольной госпитализации с последующим решением соответствующих юридических вопросов.

Лица, совершившие правонарушения в «светлом промежутке» (состояние интермиссии), признаются вменяемыми.

В гражданском процессе также нередко приходится решать экспертные вопросы в отношении лиц, страдающих маниакально-депрессивным психозом. Данные лица, находясь в маниакальной или гипоманиакальной фазах, могут совершать имущественные сделки, обмены жилплощади, заключать браки. Если подобные гражданские акты совершены во время психотической фазы, то выносится заключение о том, что больной в силу имеющегося у него психического расстройства не мог понимать значения своих действий и руководить ими в тот период, а заключенные юридические акты считаются недействительными.

Большие трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих циклотимией (легкой формой маниакально-депрессивного психоза). В этих случаях требуется тщательный анализ объективных данных о состоянии испытуемого во время совершения правонарушения и особенностях течения заболевания в целом. Решение вопроса о вменяемости в этих случаях определяется глубиной наблюдавшихся расстройств психического состояния, которая у одного и того же больного при разных циклотимических фазах может быть различной.

### **Вопросы и задания для самоконтроля**

1. Каковы причины шизофрении?
2. Назовите основные формы шизофрении в психиатрии.
3. Какая из форм шизофрении самая распространенная?
4. Перечислите основные клинические проявления, которые свойственны эпилепсии.
5. Какие причины маниакально-депрессивного психоза традиционно выделяют в судебной психиатрии?
6. Какие стадии характеризуют течение депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза?

---

## Тема 6. Умственная отсталость (олигофрения)

---

### 6.1. Понятие, признаки и этиология олигофрении

**Олигофрения** (новолат. *oligophrenia* — малоумие, от греч. *olígos* — малый и *phrēn* — ум) — группа непрогредиентных заболеваний, характеризующихся врожденным или приобретенным в раннем детском возрасте (до трех лет) психическим недоразвитием, слабоумие.

Сведения о распространенности олигофрении в России неоднозначны и варьируются в пределах от 0,7 до 3%.

#### **Основные признаки олигофрении:**

1) психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы;

2) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности;

3) умственное недоразвитие сопровождается замедленным темпом физического развития индивида, а также грубыми дефектами в строении тела.

Например, диспропорциональность туловища и конечностей, искривление позвоночника, череп нередко неправильного строения, голова или слишком маленькая (микроцефалия), или очень большая (макроцефалия), чаще всего в результате нарушения внутричерепного давления или водянки мозга. Лицо маловыразительное, тупое, рот полуоткрыт, форма ушей и зубов неправильная; походка, движения, жесты неуклюжие, угловатые (следствие нарушения мышечного тонуса). Иногда наблюдается косоглазие, глухота, немота. Степень выраженности физических недостатков при олигофрении может быть различной, т.е. у одних — весьма значительно, у других — умеренно, у третьих — едва заметно.

#### **Причины олигофрении:**

— наследственные факторы, в том числе патология генеративных клеток родителей (к этой группе олигофрении относятся болезнь Дауна, истинная микроцефалия, энзимопатические формы);

— внутриутробное поражение зародыша и плода (гормональные нарушения, краснуха и другие вирусные инфекции, врожденный сифилис, токсоплазмоз);

— вредные факторы перинатального периода и первых трех лет жизни (асфиксия плода и новорожденного, родовая травма, иммуно-

логическая несовместимость крови матери и плода — конфликт по резус-фактору, травмы головы в раннем детстве, детские инфекции, врожденная гидроцефалия).

### **6.1. Степени психического недоразвития: идиотия, имбецильность, дебильность**

При олигофрении различают три степени умственного недоразвития:

- глубокую — идиотия;
- среднюю — имбецильность;
- легкую — дебильность.

**Идиотия** — наиболее глубокая степень олигофрении (уровень интеллекта IQ меньше 20), характеризующаяся почти полным отсутствием речи и мышления. Они произносят лишь отдельные малопонятные звуки, не понимают речи окружающих, не отличают родственников от посторонних.

Идиотам недоступна осмысленная деятельность. Эмоциональная жизнь исчерпывается примитивными реакциями удовольствия и неудовольствия. У одних преобладают злобно-гневливые вспышки, у других — вялость и безразличие ко всему окружающему. Вспышки ярости у идиотов возникают главным образом под влиянием голода. Однако они не могут отличить съедобное от несъедобного. Не могут усвоить простейших навыков, не владеют элементарными навыками самообслуживания. Например, употреблять пищу при помощи ложки, следить за своей одеждой и постелью. Иногда даже не пережевывают пищу, неопрятны, нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

Идиоты не могут следить за движущимися перед ними предметами (взор блуждающий), не откликаются на зов, реагируют лишь на сильную боль, не ориентируются в окружающем.

Резко выражено физическое недоразвитие: они большей частью не умеют ходить, а ползают по полу. Сидя в постели, ритмично раскачиваются, хлопают в ладоши, бьют себя кулаками.

Часто болеют, особенно желудочно-кишечными инфекциями и туберкулезом. Умирают в раннем возрасте.

При менее выраженной идиотии больные обладают элементарной речью и малым запасом слов — не более 20; соблюдают примитив-

ные правила гигиены; понимают простые вопросы и просьбы, исходящие от других лиц; узнают знакомых; проявляют привязанность к близким им людям (родственникам, ухаживающему персоналу). Вместе с тем они нуждаются в постоянной помощи, поскольку неспособны к полному самообслуживанию.

Идиотия — наименее распространенная степень олигофрении — 4—5%.

**Имбецильность** — средняя по тяжести степень олигофрении (уровень интеллекта IQ — 20—50). Имбецилы отстают в физическом развитии. Первые шаги начинают делать только после трех лет.

Имбецилы понимают речь окружающих, сами могут произносить короткие фразы. Однако речь их элементарна, большей частью неправильная, картавая, косноязычная. Запас слов беден и состоит от 200 до 600 названий предметов и выражений повседневного обихода. Не могут обучаться в обычной средней школе.

Во вспомогательной школе имбецилы способны научиться чтению, письму, простому счету. В то же время сложение, вычитание, умножение и деление даются им с трудом. Имбецилы не могут назвать дни недели, месяцы в году. Память имеет механический характер. Эмоции имбецилов более дифференцированы, они привязаны к родным, адекватно реагируют на похвалу или порицание. Стыд и смущение, фантазия и воображение, а также абстрактное мышление отсутствуют. Мышлению свойственны сверхконкретность и примитивность. Имбецилы лишены инициативы, инертны, внушаемы, доверчивы, обидчивы, злопамятны, легко теряются при изменении обстановки, нуждаются в постоянной опеке.

Способны усваивать простейшие трудовые навыки, выполнять работу, не требующую квалифицированного труда (склеивание коробок, конвертов и др.).

Распространенность имбецильности среди олигофренов составляет 18—19%.

**Дебильность** — самая легкая степень слабоумия (уровень интеллекта IQ — 50—70). Они могут учиться и в нормальной школе, но успевают плохо и нередко оставляют школу после девяти лет обучения. Для мышления и поведения характерны конкретность, шаблонность, стереотипность, неумение выделять существенные признаки, слабость критики своих поступков. У них преобладает конкретно-

описательный тип мышления, в то время как способность к абстрагированию почти отсутствует.

Некоторым дебилам при задержке общего психического развития и малой продуктивности мышления свойственна частичная одаренность (отличная механическая или зрительная память, способность производить в уме сложные арифметические операции и др.).

Несмотря на достаточно большой словарный запас, речь дебилов однообразна и бедна. Суждения легковесные. Круг интересов ограничен.

В отличие от интеллектуальной, эмоциональная и волевая сфера дебилов поражены незначительно, что накладывает отпечаток на их поведение. В числе особенностей поведения олигофренов следует назвать: дисфорию, повышенную раздражительность, внушаемость, аффективную возбудимость со склонностью к агрессии, высокий уровень тревожности, страх контактов, стремление к уединению, повышенную ранимость, склонность к наибольшей выраженности агрессивных способов поведения при самозащитных реакциях и др.

Анализ заключений судебно-психиатрических экспертиз показал, что для олигофренов свойственны следующие акцентуации: демонстративность, экзальтированность, эмотивность, застревание. Олигофрены лживы, изворотливы, стараются вызвать к себе сочувствие, предстать в более выгодном свете, без видимых причин начинают плакать; эмоционально неустойчивы.

Приведенные обстоятельства свидетельствуют о том, что социальные нормы (в том числе и правовые) не оказывают существенного влияния на поведение олигофренов, поскольку оценка ситуаций осуществляется не с позиций социальных требований, а исходя из специфики аномалий психики.

Среди дебилов различают эретичных (возбудимых), вялых апатичных, злобно-упрямых, мстительных и торпидных (заторможенных).

Дебилы способны вести самостоятельную жизнь. Лица с легкой умственной отсталостью справляются с требованиями, связанными с семейной жизнью, воспитанием детей или с адаптацией к традициям и нормам.

Дебильность — наиболее распространенная степень олигофрении — 76—78%.



## **6.2. Судебно-психиатрическая оценка олигофрении**

Для судебно-психиатрической оценки лиц с умственной отсталостью основополагающим является выявление ее глубины в сопоставлении со способностью усваивать систему морально-нравственных запретов и основных норм социально-значимого поведения.

Лица с идиотией и имбецильностью крайне редко направляются на судебно-психиатрическую экспертизу на предмет решения вопроса об их вменяемости, так как они безынициативны, неспособны к самостоятельной организации своего поведения, находятся под постоянным надзором и не совершают общественно опасных действий. Чаще всего они, в силу их пассивной подчиняемости и внушаемости, являются объектами сексуальных посягательств и поэтому направляются на судебно-психиатрическую экспертизу на предмет определения их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Сильная зависимость от тех, кто о них заботится, значительный дефицит познавательной деятельности у лиц с умеренной умственной отсталостью не позволяют сформироваться у них представлению о себе как о самостоятельной личности. Все действия лиц с умеренной умственной отсталостью характеризуются импульсивностью, отсутствием какой-либо осознанности и тем более понимания противоправности. Эти лица не способны понимать противоправность и наказуемость тех или иных деяний, давать оценку юридически значимым ситуациям. Поэтому они невменяемы, недееспособны и не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Лица с легкой умственной отсталостью (дебильность) способны сознательно регулировать свое поведение в юридически значимых ситуациях, могут предвидеть последствия своих поступков. Это основной аргумент в пользу признания таких лиц вменяемыми. В некоторых случаях, при разных правонарушениях, требующих разного объема осмысления их противоправного характера, возможно заключение о вменяемости в отношении одного общественно опасного деяния и невменяемости в отношении другого. Аналогичным образом легкая умственная отсталость не мешает субъекту своими действиями приобретать для себя гражданские права и нести обязанности, а также

правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Приведем типичные положения из заключений судебно-психиатрической экспертизы.

### **Пример**

Подэкспертный А., 28 лет, обвиняемый по ч. 2 ст. 161 УК РФ.

Из материалов уголовного дела № XXXX в одном томе (листы дела не пронумерованы), медицинской документации (амбулаторная карта ПНД, заключение АСПЭ № XXX в архиве Центра) и со слов подэкспертного известно следующее. Наследственность психопатологически неотягощена. Данных о течении беременности и родах матери подэкспертного, его раннем развитии нет. Рос старшим ребенком из четырех детей. К обучению в общеобразовательной школе приступил своевременно, учился слабо, отмечались нарушения поведения, расторможенность, учебный материал не усваивал, проходил повторный курс обучения в первом классе. В 1990 г. был консультирован психиатром, выставлялся диагноз: «Задержка психического развития у ребенка из неблагоприятного быта» (данные в амбулаторной карте ПНД). В том же году по решению медико-педагогической комиссии с диагнозом: «Олигофрения в степени дебильности» со второго класса был переведен во вспомогательную школу, где окончил девять классов. По данным амбулаторной карты с 1991 г. в психоневрологическом диспансере он не наблюдался, на прием не являлся, с учета снят в 2007 г. (справка в деле, данные в амбулаторной карте ПНД). В 1998 г. он впервые привлекался к уголовной ответственности по ст. 158 ч. 2 УК РФ, когда в ходе следствия ему проводилась амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в Московском областном Центре социальной и судебной психиатрии при Центральной Московской областной клинической психиатрической больнице, когда с диагнозом: «Олигофрения в легкой степени дебильности» был признан вменяемым (заключение АСПЭ № XXX в архиве Центра). По данному делу был осужден к трем годам лишения свободы условно с испытательным сроком на два года (справка в деле). В 2000 г. он вновь был осужден по ст. 162 ч. 2, 158 ч. 2 УК РФ к семи с половиной годам лишения свободы (справка в деле). После освобождения в 2005 г. продолжал вести асоциальный образ жизни, алкоголизировался, и вновь, в 2005 г. был осужден по ст. 111 ч. 1 УК РФ к трем годам лишения свободы. В ходе следствия был освидетельствован экспертной комиссией в г. Брянске и был признан вменяемым (приговор в деле). Освободился в 2008 г. и через два месяца вновь был судим по ст. 158 ч. 3 УК РФ к двум годам лишения свободы (со слов). После освобождения в сентябре 2010 г. проживал с бабушкой, в последнее время работал столяром. В быту зарекомендовал себя отрицатель-

но, поступали жалобы, в характеристике отмечено, что злоупотребляет спиртными напитками. Как следует из материалов уголовного дела, 4 января 2011 г. около 07 часов 00 минут, А. догнал на улице гр. К., которую толкнув, отчего она упала, открыто похитил у потерпевшей золотые украшения и мобильный телефон, после чего с похищенным скрылся, причинив К. значительный материальный ущерб на общую сумму 18 000 руб. Будучи допрошенным в качестве подозреваемого, А.. вину признавал, давал последовательные показания (протокол допроса от 16.03.2011 в деле). В связи с сомнениями в психической полноценности А., была назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. При настоящем освидетельствовании подэкспертного установлено следующее. **СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ.** По внутренним органам без патологии. В области правого и левого плеча, грудной клетки слева — татуировки, на левом предплечье рубцы самопорезов. **НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ.** Органическая неврологическая симптоматика не выявлена. **ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ.** Сознание ясное, правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, достаточно подробно. Цель экспертизы понимает правильно, себя считает психически здоровым, жалоб не предъявляет. Анамнестические сведения сообщает хронологически последовательно. Категорически отрицает злоупотребление спиртными напитками когда-либо, недоумевает по поводу имеющихся в материалах дела данных, содержащихся в бытовой характеристике. При расспросе об инкриминируемом ему деянии свою вину признает, не отрицает, что в тот момент находился в состоянии алкогольного опьянения, однако на запоминания своих действий не ссылается. Мышление его конкретно-образное. Суждения в целом последовательные. Память не нарушена. Интеллект соответствует полученному образованию, образу жизни, кругу интересов. Эмоционально неустойчив. Психотические расстройства (бред, галлюцинации) отсутствуют. Критические способности не нарушены. Понимает противоправность и наказуемость содеянного.

НА ОСНОВАНИИ ИЗЛОЖЕННОГО комиссия приходит к заключению, что А. каким-либо хроническим психическим расстройством, слабоумием, либо иным болезненным состоянием психики, лишаящим его способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими не страдал и не страдает. Анализ материалов уголовного дела, результаты настоящего освидетельствования позволяют сделать вывод о том, что в период инкриминируемого ему деяния А. не обнаруживал и признаков временного психического расстройства, либо иного болезненного расстройства психики, а находился в состоянии простого алкогольного опьянения, несмотря на что, действия его носили целенаправленный характер, в поведении отсутствовали признаки бреда, галлюцинаций, расстроенного сознания, он был способен поддержи-

вать адекватный речевой контакт с окружающими и мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время А. по своему психическому состоянию также может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания. В применении принудительных мер медицинского характера А. не нуждается. Вопрос о вменяемости входит в компетенцию суда.

### **Вопросы и задания для самоконтроля**

1. Опишите признаки олигофрении.
2. Какие причины детерминируют олигофрению?
3. Назовите степени, которые свойственны олигофрении.
4. Какая из степеней психического недоразвития при олигофрении является наиболее легкой?

## Тема 7. Алкоголизм

---

### 7.1. Простое алкогольное опьянение: понятие, степени, судебно-психиатрическая оценка

Алкоголизм для современного общества является одной из самых актуальных социальных проблем, что подтверждают ежегодные масштабные социологические исследования.

С 2008 г. во всех субъектах РФ ФГКУ «ВНИИ МВД России» совместно с Фондом общественного мнения (ФОМ), Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ), Российским государственным социальным университетом проводятся социологические исследования об уровне безопасности личности и деятельности органов внутренних дел, результаты которых позволяют констатировать, что в среднем 80% респондентов беспокоят алкоголизм и наркомания.

В соответствии с официальными статистическими данными ФКУ «ГИАЦ МВД России» каждое третье преступление (в среднем 37%) совершается в состоянии алкогольного опьянения.

***Простое (обычное) алкогольное опьянение*** — особое состояние нервной системы вследствие приема спиртных напитков, без явлений психоза.

Подобное опьянение зависит от следующих обстоятельств:

- дозы принятого алкоголя;
- индивидуальных особенностей человека, подвергшегося алкогольной интоксикации;
- физического состояния организма;
- пола;
- этнической принадлежности и иных обстоятельств.

Например, мужчины пьянеют медленнее, чем женщины, а трезвеют быстрее, что обусловлено более эффективной их энзимной системой. В итоге, у мужчин часть алкоголя «метаболизируется» уже в желудке, а у женщин вся нагрузка падает на печень. Этанол задерживается в желудках мужчин дольше, а у женщин сразу попадает в кишечник, где он быстрее адсорбируется. Поэтому у женщин процентное содержание алкоголя в крови поднимается быстрее, отсюда и быстрое их опьянение.

В судебной психиатрии различают следующие *степени опьянения*: легкое, среднее, тяжелое.

В *легкой (начальной) степени* возникает приятное чувство тепла, мышечного расслабления и физического комфорта; ускоряется сердечная деятельность, движения становятся оживленными, расширяются кровеносные сосуды, благодаря чему лицо краснеет, появляются чувство физического и душевного благополучия, веселое, благодушное, беззаботное настроение, беспечность, развязность, стремление к общению с другими людьми, говорливость, обильная жестикуляция, склонность к шуткам и остроумиям. Критика к себе и окружающим снижается.

Опьяневший самоуверен, хвастлив, иногда преувеличивает свое состояние опьянения по сравнению с действительным.

Концентрация алкоголя в крови соответствует 2%.

В *средней степени* по мере усиления опьянения пьяный человек то продолжает быть беспричинно веселым, то у него постепенно нарастает угнетенное состояние, подавленное настроение, тоска, появляются «пьяные» слезы, самобичевание. Иногда наступает раздражительность со склонностью к конфликтам и агрессии. В этой стадии опьянения легко всплывают давние психотравмирующие переживания, обиды. Это приводит к скандалам, дракам и т.д. В это время свойственны заметное снижение критики к своему поведению, потеря чувства меры и такта. Кроме того, появляются повышенная обидчивость, бурные аффективные реакции по незначительному поводу. Мышление становится непоследовательным, суждения поверхностны. Отмечают также повторение одних и тех же фраз и слов.

У большинства при опьянении внимание неустойчиво и легко отвлекаемо; речь становится отрывистой, невнятной; движения неточны, походка шатающаяся.

В результате действия алкоголя на организм заостряются или обнажаются индивидуальные характерологические особенности. Снижается болевая и температурная чувствительность.

Воспоминания, касающиеся периода опьянения, как при легкой степени, сохраняются достаточно полно.

Концентрация алкоголя в крови соответствует 2—5%.

В *тяжелой степени* отмечается различное по глубине изменение сознания от оглушения до комы.

По мере нарастания опьянения, особенно при приеме значительной дозы алкоголя, появляются слюнотечение и рвота. Такие лица с трудом уже понимают то, что им говорят, на вопросы отвечают невпопад, речь их малопонятна. Ослабляется сердечная деятельность, снижается артериальное давление, температура, нарастает физическая слабость, утрачивается интерес к окружающему. Походка и координация движений полностью расстраиваются, ухудшается ориентировка в пространстве и во времени, а затем чаще всего наступает глубокий сон. Опьяневший засыпает в самых неподходящих местах. В ряде случаев отмечается непроизвольное мочеиспускание, дефекация, судороги.

О событиях, имевших место в данный период, воспоминания нередко отсутствуют или сохраняются частично, отрывками и в искаженном виде.

Концентрация алкоголя в крови свыше 5%.

**Судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения.** В уголовном процессе алкогольное опьянение не считается болезненным состоянием, при котором следует говорить о невменяемости.

В соответствии с уголовным законодательством России (ст. 23 УК РФ), лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, новых потенциально опасных психоактивных веществ либо других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности.

Алкогольное опьянение не является обстоятельством, смягчающим наказание.

Всякого рода попытки усматривать при обычном (хотя бы и глубоком) алкогольном опьянении наличие медицинского и юридического критериев невменяемости и считать алкогольное опьянение психозом несостоятельны.

Психические нарушения, возникающие под влиянием алкоголя при простом алкогольном опьянении, не включают в себе тех симптомов, которые давали бы право говорить о наличии признаков психоза, хотя бы и временного характера.

Состояние опьянения, в котором находился свидетель или потерпевший, в некоторых случаях снижает правильность и реальность

восприятия. Однако здесь можно говорить о меньшей доказательной ценности показаний опьяневшего, но не об устранении их в качестве источника доказательств.

В гражданском процессе заключение договора и оформление всякого рода соглашений также нельзя признать действительными только из-за алкогольного опьянения у какой-либо из сторон в период составления и подписания этих документов.

У лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения сохраняется способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

## **7.2. Патологическое алкогольное опьянение (острый транзиторный психоз)**

**Патологическое опьянение** — сумеречное помрачение сознания различной структуры со своеобразной болезненной симптоматикой.

Относится к группе острых кратковременных психотических расстройств и возникает на фоне алкогольной интоксикации.

Патологическое и простое опьянение по клиническим проявлениям представляют качественно совершенно различные явления, и между ними нет промежуточных состояний. В связи с этим патологическое опьянение нельзя рассматривать как продолжение или более выраженное простое алкогольное опьянение.

Патологическое опьянение *может возникнуть* как у лиц, не обнаруживающих в обычном состоянии отклонений в психической сфере и практически считающихся здоровыми, так и у лиц, проявляющих астеническую слабость после перенесенного инфекционного или соматического заболевания или в результате имевшей в прошлом травмы или заболевания головного мозга.

**Условия, способствующие возникновению патологического алкогольного опьянения.** Патологическое опьянение возникает обычно в результате приема алкоголя (независимо от дозы) и одновременного воздействия временно ослабляющих организм вредных факторов (внешних и внутренних). В их числе: усталость, переутомление, перегревание, физическое или психическое истощение в результате напряженной работы и бессонных ночей, волнение, неуверенность, страх, тревога.



Патологическое опьянение обычно развивается спустя некоторое время после приема алкоголя, протекает довольно непродолжительное время (от нескольких минут до нескольких часов). В силу своей скоротечности оно почти никогда не бывает предметом врачебного наблюдения.

Клинические проявления патологического опьянения приходится восстанавливать ретроспективно на основании свидетельских показаний, материалов уголовных дел.

**Основным симптомом** патологического опьянения является внезапное и острое болезненное изменение сознания. В результате чего нарушаются и искажаются процессы восприятия, расстраивается контакт с внешним миром, наступает отрыв от реальной действительности, сужается круг представлений, сознание заполняется болезненными переживаниями, носящими характер безотчетного ужаса и страха, ощущения угрозы в отношении себя. При нарастании эмоциональной напряженности появляется болезненно измененная ориентировка в окружающем, галлюцинаторное и бредовое ее толкование. Поведение таких лиц напоминает поведение больных, находящихся в сумеречном состоянии.

У них отмечается:

- молчаливая мрачная сосредоточенность с действиями и поступками, носящими машинальный, автоматический характер;
- резкое безмотивное и бесцельное возбуждение, неистовство и агрессия с насильственными и разрушительными действиями;
- поведение, носящее характер яростной защиты со стремлением к устранению кажущейся угрозы.

Имевшие место до возникновения патологического опьянения переживания иногда включаются в болезненное состояние. В иных случаях находящийся в состоянии патологического опьянения как будто бы учитывает внешнюю обстановку и его действия носят не хаотический и беспорядочный характер, а производят впечатление целенаправленных и упорядоченных.

Но при более тщательном исследовании выясняется наличие болезненных побуждений и мотивов, галлюцинаторных и бредовых переживаний.

Необходимо отметить, что при остром транзиторном психозе отсутствуют симптомы, присущие простому алкогольному опьянению.

В частности: эйфория, благодушие, развязность, неуместные шутки, распушенность, желание произвести впечатление на окружающих, склонность к оскорбительным и циничным выражениям по адресу задерживающих их лиц, шатающаяся и неустойчивая походка.

Учитывая изложенное, **основными признаками патологического алкогольного опьянения** следует считать:

- внезапное начало болезненного состояния;
- кратковременное течение;
- отсутствие внешних признаков опьянения;
- наличие признаков расстроенного сознания;
- искаженное восприятие и бредовая оценка окружающего;
- сохранность моторики и автоматический характер движений;
- двигательное беспокойство;
- отсутствие контактов с окружающими;
- отрывочные высказывания;
- стереотипное повторение одних и тех же слов;
- последующий глубокий сон и амнезия.

**Судебно-психиатрическая оценка патологического опьянения.** Наиболее ценными для эксперта-психиатра в этих случаях являются не только сообщения обвиняемого о его патологических переживаниях, а, главным образом, тщательно собранный следствием материал, полно отражающий поведение подэкспертного. В частности, его внешний вид и речь во время правонарушения, а также свидетельские показания, содержащие данные о неправильном восприятии им окружающего, нарушении сознания, болезненных переживаниях, наличии бреда и галлюцинаций.

Учитывая то, что патологическое опьянение представляет собой острый, быстро протекающий психоз, ему дается соответствующая судебно-психиатрическая оценка. Обследуемые признаются невменяемыми. В соответствии со ст. 21 УК РФ они не подлежат уголовной ответственности, поскольку во время совершения общественно опасного деяния находились в состоянии невменяемости, т.е. не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие временного психического расстройства.

Подобным лицам судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера.

### 7.3. Алкогольные психозы

**Алкогольный делирий (белая горячка)** — особая форма психоза, проявляющаяся у человека с многолетней алкогольной зависимостью (длительность которой не менее пяти лет).

Начинается, как правило, внезапно при абстинентном синдроме, когда больной резко прекращает употреблять алкоголь. Обычно к этому моменту проходит 2—4 дня после запоя, хотя в отдельных случаях белая горячка может начаться и непосредственно в период запоя.

**Первые признаки** белой горячки можно заметить и отследить еще до того, как приступ начинается:

- внезапно пропадает обычная тяга к спиртному, и может появляться даже отвращение к нему;
- возникает состояние повышенного возбуждения, настроение часто меняется;
- появляется потливость и тремор (дрожь) конечностей;
- возникает бессонница, а в дальнейшем — кошмарные сновидения.

Затем состояние больного усугубляется.

Обычно белая горячка начинается в темное время суток, ночью либо вечером, когда за окном темно.

Алкогольный делирий проявляет себя, в первую очередь, через множественные *галлюцинации* (чаще всего зрительные, слуховые, тактильные), *иллюзии*, *бредовые идеи*. Обычно, в бредовых идеях присутствует целый сюжет, и отражаются все переживаемые больным галлюцинации и иллюзии. Фиксируются и соматические признаки белой горячки:

- температура тела повышается до 38,5;
- повышается давление и учащается пульс;
- тело сотрясает дрожь, как при ознобе;
- зрачки расширены, хотя их реакция на свет сохраняется;
- кожные покровы краснеют, особенно кожа лица.

Кроме того, наблюдаются воспалительные процессы желудочно-кишечного тракта, болезненные ощущения в области печени, усиление рефлексов сухожилий, повышение уровня билирубина и лейкоцитов в крови.

Обычно приступ продолжается в течение 3—5 дней, причем в ночное время состояние больного сильно ухудшается. В этот период сон

больного сильно нарушен, и он практически не спит. Если больной не получает лечение, приступ может продолжаться и до 1,5 недель.

Если больному не оказывается квалифицированная медицинская помощь, то в 5—10% случаев может наступить летальный исход по причине, присоединившейся к приступу пневмонии или остановки сердца.

Алкогольный делирий обычно заканчивается так же внезапно, как и начинался. Болезненные проявления постепенно затухают в течение нескольких часов. Больной как бы «проваливается» в длительный, многочасовой сон.

На долю делирия приходится более 70% случаев алкогольных психозов.

В истории болезни можно встретить следующую запись.

#### **Пример**

Вечером стал вести себя неадекватно, с кем-то разговаривал, кого-то звал. Был осмотрен врачом «скорой помощи», отмечалось: контакт формальный, на вопросы отвечает неохотно, сбивчиво. На месте не удерживается, постоянно вскакивает, подбегает к столу, хватает бумажки, то смеется, то плачет, к чему-то прислушивается. С диагнозом: «Алкогольный психоз» подэкспертный был направлен на стационарное лечение в МОПБ № XX (талон к сопроводительному листу № 33 в истории болезни). В течение трех недель подэкспертный находился на стационарном лечении в МОПБ № XX. При поступлении в ПБ он был ориентирован правильно, на момент осмотра продуктивная симптоматика не выявлялась. Был дурашлив, многословен, фон настроения повышен, внимание рассеянное, в ответах путался, суждения примитивные, «плоские», не критичен к своему состоянию. Первые дни в отделении залеживался в постели, в контакт вступал неохотно, фон настроения снижен. На вопросы отвечал односложно, при беседе быстро истощался, мышление его было замедленным, поверхностным. Психотическая симптоматика за время наблюдения не выявлялась. На фоне лечения быстро купировались абстинентные проявления, критически оценивал свое состояние, был спокоен. Выписан в удовлетворительном состоянии (история болезни № 1541/301).

**Алкогольный галлюциноз** — это острое психотическое состояние, развивающееся на фоне сохранный сознания и полной ориентировки в месте, времени и собственной личности, проявляющееся преимущественно слуховыми галлюцинациями.

Развивается у 5—11% пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом. Обычно возникает в возрасте старше 40 лет на фоне продолжительного систематического употребления больших доз алкоголя. Как правило, заболевание возникает у пациентов со стажем хронического алкоголизма 10—15 и более лет. Женщины страдают чаще мужчин. В зависимости от формы может продолжаться от нескольких суток до года и более.

По характеру течения заболевание делится на следующие три вида.

**1. Острый алкогольный галлюциноз.** Данная форма практически всегда возникает на фоне похмельного расстройства, после алкогольного эксцесса и носит психопатологический характер. Во время самого алкогольного запоя рассматриваемое заболевание развивается довольно редко. У женщин он может формироваться на фоне депрессивных нарушений. Такого рода психическое заболевание сопровождается следующими симптомами:

- слуховые галлюцинации (доминируют) — звуки, голоса, оклики;
- зрительные и тактильные галлюцинации;
- бред преследования;
- снижение эмоционального фона (настроение резко ухудшается, появляется угрюмость, страх).

Поведение начинает соответствовать галлюцинациям — больной предпринимает попытки спрятаться, убежать, вооружиться различными предметами для самообороны. Больной может предпринимать попытки нападения на окружающих с целью защититься от их мнимой агрессии.

Острый алкогольный галлюциноз начинается внезапно, как правило, вечером или ночью и длится несколько дней или недель (как правило, до четырех недель).

В течение нескольких суток до появления первых симптомов болезни могут наблюдаться: повышенная тревожность, страх, недоверчивость, внутреннее напряжение, подавленное настроение, головокружение и т.п.

**2. Подострый алкогольный галлюциноз** развивается в течение нескольких месяцев. Характеризуется периодами обострений. Сопровождается следующими симптомами: появляется тревога, а не страх; малоподвижность; больной может долго находиться в постели и прислушиваться к голосам; развивается бредовое состояние, когда человек обви-

няет сам себя. Такие больные склонны к суициду, поэтому им необходим постоянный надзор. Длится от одного месяца до полугода. Самая часто встречающаяся длительность подобного психоза — 2—3 месяцев.

**3. Хронический алкогольный галлюциноз** возникает после перенесенных острых форм психозов и может длиться несколько лет. Сопровождается следующими симптомами: слуховые галлюцинации; бред преследования (носит стереотипный характер, больной излагает бредовые идеи в одних и тех же формулировках; усложнения бредовых идей с течением времени не происходит); мрачное настроение.

Содержание слуховых галлюцинаций неприятное, угрожающее, могут присоединяться комментирующие или антагонистические галлюцинации. В остром периоде слуховые галлюцинации отличаются яркой эмоциональной окраской, вследствие этого больные воспринимают их как реальную действительность.

Заметных изменений памяти на прошлое не отмечают, немного страдает память на текущие события.

**Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования)** — это одна из разновидностей алкогольного психоза, основной признак которого — сильнейший бред преследования.

Такой диагноз получают 10—25% пациентов, попадающих в клинику с психозами на почве алкоголизма. Основная часть пациентов — лица, постоянно принимающие спиртное (больше 7—8 лет).

Единственная причина такого психоза — злоупотребление спиртными напитками.

Самый большой риск развития алкогольного параноида — у людей, ежедневно употребляющих 0,5—1,5 л водки. Намного реже бред начинается у алкоголиков, выпивающих 200—300 мл в сутки.

Алкогольный параноид чаще диагностируют у алкоголиков, перенесших травму головы, имеющих тяжелую наследственность и у больных с эпилептоидной психопатией.

На первом этапе алкогольного параноида фиксируются абстинентные симптомы (соматовегетативные признаки, бессонница и кошмары, плохое настроение). Могут начаться галлюцинации — слуховые и зрительные, продолжительность которых не более двух дней. Затем на смену приходят аффективные расстройства. Появляется мучительная тоска, необоснованная тревога, страх, который стремительно перерастает в панику.

Далее развивается бред, который является основным признаком и может принимать следующие формы:

- бред преследования (самая частая форма);
- бред отношения;
- бред ревности;
- бред самообвинения;
- бред отравления и др.

Источником опасности обычно являются конкретные люди — родственники, друзья, соседи, случайно встреченные люди на улице.

Содержание бреда оказывает негативное влияние на поведение человека, в результате чего больной совершает импульсивные действия: пытается убежать, хватает людей за руки, просит о помощи, громко кричит, прячется в квартире, на чердаках, в канализационных люках и др.

Больные могут начать бояться темноты, выходить на улицу, общаться с людьми. Чувство страха не исчезает даже дома.

**Алкогольные энцефалопатии** — это группа алкогольных психозов, при которых психические нарушения сочетаются с системными соматическими и неврологическими расстройствами. Все алкогольные энцефалопатии развиваются на фоне алкоголизма продолжительностью от 5—7 до 20 лет и более.

Для алкогольной энцефалопатии свойственно множество самых различных симптомов, среди которых особенно выделяются психические нарушения, развивающиеся при хроническом алкоголизме.

Чаще всего в патогенезе алкогольной энцефалопатии присутствуют:

- сильная истощенность организма на фоне ряда заболеваний;
- постоянная интоксикация организма продуктами метаболизма алкоголя, из-за чего появляется цирроз печени, гепатит, проблемы с пищеварительной системой и т.д.;
- патологические изменения, происходящие в головном мозге;
- недостаток витаминов, микро- и макроэлементов в организме.

Поражение организма токсической алкогольной энцефалопатией практически всегда сопровождается оксидативным стрессом. В процессе метаболизма алкоголя происходит выделение особо опасных для человека веществ — альдегидов, которые отравляют нейроны головного мозга.

При **острой форме алкогольной энцефалопатии**, которая носит название синдром Гайе-Вернике, фиксируется в первую очередь значительное ухудшение здоровья. Увеличивается количество нервных, психических и соматических расстройств. Наблюдается обострение гепатита, панкреатита, гастрита и других болезней.

*Симптомы, возникающие на фоне острой алкогольной энцефалопатии:*

- сильная слабость, одышка и аритмия при малейших нагрузках;
- частые головные боли, а также боли в области конечностей и сердца;
- усиливаются неврологические изменения (начинают все сильнее проявляться дрожь в конечностях, движения становятся скованными, нарушается координация);
- могут появляться ощущения жжения в груди, сдавленности, конечности кажутся больному «чужими» и очень холодными;
- психические изменения (чувства страха, паники, частые приступы тревоги);
- нарушения сна (кошмарные сновидения, сон нестабильный, прерывистый);
- нарушение мышечного тонуса;
- температура тела чаще всего повышена, усиленная потливость и шелушение кожи, могут образовываться пролежни;
- речевой контакт невозможен;
- оглушение сознания, которое при ухудшении переходит сначала в сопор, а потом и в кому.

Одна из главных особенностей синдрома Гайе-Вернике — это отсутствие облегчения или удовольствия у больного от употребления алкоголя.

Продолжительность периода от несколько недель до нескольких месяцев.

Существует два вида хронических форм алкогольной энцефалопатии: *корсаковский психоз* и *алкогольный псевдопаралич*.

**Корсаковский (полиневритический) психоз** чаще встречается у женщин. Клиническая картина характеризуется наличием следующих симптомов:

- конфабуляции (ложные воспоминания);
- дезориентация в пространстве;
- амнезия (доминируют фиксационная и ретроградная амнезии).



Присутствуют неврологические изменения, в частности — полиневриты конечностей.

**Алкогольный псевдопаралич** в большинстве случаев поражает мужчин в возрасте от 40 до 50 лет, которым свойственны:

- психические нарушения (маниакальные и бредовые состояния, постоянные расстройства памяти);
- неврологические нарушения (тремор конечностей, изменение мимики лицевых мышц).

На стадии алкогольного псевдопаралича у человека наблюдаются те же симптомы, что и при корсаковском психозе. Вместе с тем они менее выражены и протекают более незаметно.

**Судебно-психиатрическая оценка алкогольных психозов.** Обычно больные совершают общественно опасные деяния против жизни и здоровья, а также преступления против общественной безопасности, значительно реже привлекаются к уголовной ответственности за совершение краж.

Криминогенная опасность больных алкогольными психозами, характер совершаемых ими общественно опасных деяний связан с типом течения заболевания, особенностями его психопатологической структуры. Наибольшую социальную опасность представляют больные с бредовыми формами алкогольных психозов, особенно с бредом ревности.

Общественная опасность подобных больных обусловлена преимущественно аффективной насыщенностью бредовых переживаний, их стойкостью и направленностью на конкретных лиц, возможным повторным обострением при возобновлении пьянства.

Лица, совершившие общественно опасные деяния в состоянии алкогольного психоза, как правило, в отношении содеянного признаются невменяемыми.

### **Вопросы и задания для самоконтроля**

1. Перечислите основные симптомы, которые свойственны простому алкогольному опьянению.
2. Какие условия, способствуют возникновению патологического алкогольного опьянения?
3. Какие признаки свойственны патологическому алкогольному опьянению?
4. Назовите основные виды алкогольных психозов, которые выделяют в судебной психиатрии.
5. Каков основной признак алкогольного параноида?

## Тема 8. Наркомания

---

### 8.1. Понятие и этиология наркомании

**Наркомания** (от греч. *narke* — оцепенение, *mania* — безумие, сумасшествие) — социально опасное хроническое психическое заболевание, которое выражается в том, что жизнедеятельность организма поддерживается на определенном уровне только при условии постоянного приема наркотиков, и ведет к глубокому истощению физических и психических функций.

К числу явных *признаков* относятся: бессонница и бледность; лишенное мимики лицо либо напротив повышенная мимика в период ломки; сухость слизистых оболочек; заложенный нос; дрожащие руки и исколотые, воспаленные вены; частая зевота и чихание; необычно широкие или узкие зрачки, которые не реагируют на изменение освещения; суетливость, нервность, агрессия, вялость; нарушение памяти, внимания, мышления, координации движений; эмоции становятся неустойчивыми, появляется тревога, страхи, раздражительность; возникает слабоумие. Общая деградация личности в результате приема наркотиков наступает в 15—20 раз быстрее, чем от алкоголя.

Выделяют три стадии наркомании.

На *первой стадии* употребление наркотиков из эпизодического постепенно превращается в регулярное. Доза препарата неуклонно возрастает (при некоторых наркоманиях — в 100 и более раз). Однако физическая зависимость пока отсутствует, поэтому больной считает, что полностью управляет ситуацией и легко переносит отсутствие наркотика. Проблемы со здоровьем отсутствуют.

*Вторая стадия* наркомании сопровождается развитием физической зависимости. Употребление наркотика становится систематическим, временные интервалы между приемами постепенно уменьшаются. При прекращении употребления у больных наркоманией развивается абстинентный синдром. Возникают характерные для наркомании нарушения деятельности различных органов и систем. Полностью меняется система приоритетов, все интересы больного сосредоточиваются вокруг поиска новой дозы и приема наркотика.

*Третья стадия* наркомании проявляется необратимыми психическими и физическими изменениями. Снижается восприимчивость,

больной больше не может употреблять наркотик в прежних дозах, не способен нормально работать без приема психоактивного вещества. Теперь целью употребления становится не эйфория, а возможность поддерживать достаточный уровень жизненной активности. Личные и социальные связи разрушены. Выявляются серьезные нарушения деятельности внутренних органов, психическая и интеллектуальная деградация.

Согласно принятым Всемирной организацией здравоохранения нормам, на учет становится лишь каждый 50-й наркоман.

Наркомания представляет угрозу для дальнейшего развития российского общества и нации в целом. Разрушительный эффект наркомании затрагивает не только лиц, страдающих наркозависимостью, но и членов их семей, общество и экономику страны.

Ущерб от наркомании связан с расходами на оказание медицинской помощи наркозависимым лицам, на обеспечение правопорядка и противодействие незаконному обороту наркотиков.

Эффективность борьбы с наркоманией зависит от знания причин ее детерминирующих.

Причины наркомании имеют множество аспектов: экономический, политический, правовой, медицинский, нравственный. В числе основных:

- высокая прибыльность незаконного оборота наркотиков (по данным международных экспертов ООН и Интерпола, 1 долл., вложенный в наркобизнес, приносит 12.240 долл. прибыли);

- легкая доступность наркотиков, для сбыта которых широко используют достижения технического прогресса;

- социальная неустроенность, отсутствие квалификации или просто работы, семейные неурядицы;

- желание отвлечься от состояния стресса, обусловленное стремительным темпом современной жизни;

- информация о необоснованно красочных описаниях, «экзотических» ощущениях и переживаниях, возникающих при приеме наркотиков, что способствует появлению любопытства и желания приобрести собственный опыт;

- психологическое отчуждение ребенка в семье;

- воздействие молодежной субкультуры;

— тяжелое хроническое заболевание, требующее длительного применения наркотических средств (например, опухолевый процесс с выраженным болевым синдромом);

— индивидуальные особенности психики личности (дисгармоничность, наследственная генетическая дефицитарность; врожденные аномалии, проявляющиеся в виде негативных аффективных и поведенческих расстройств);

— традиционные или культурные особенности географических областей, в которых выращивание растительных наркотических средств является частью истории, а их употребление — частью культуры народа, населяющего данный регион;

— низкий уровень информированности населения о профилактике наркотической патологии и незначительная доступность квалифицированной бесплатной консультативной и лечебно-реабилитационной помощи лицам, допускающим немедицинское потребление наркотиков.

## **8.2. Основные виды наркоманий и их клинические проявления**

Наркомания имеет несколько видов, которые различаются по типу употребляемого наркотика.

**Каннабиоидная наркомания** — злоупотребление препаратами конопли — один из самых распространенных видов наркомании. В этих растениях содержатся альдегиды каннабинола, оказывающие наркотический эффект. Первый прием вещества проходит с неприятными ощущениями — сухостью во рту, затруднением дыхания, тошнотой, головокружением, тремором.

При употреблении небольшого количества конопли резкой перемены в поведении обычно не происходит.

При увеличении дозы наблюдаются: рассеянное внимание; неадекватный смех; болтливость; повышение аппетита; гиперсексуальность; сонливость; учащение пульса; агрессия.

Высокая доза каннабиса провоцирует острое отравление, при котором наблюдается бред, спутанное сознание, галлюцинации.

Отмечается также отрицательное влияние на память, а также снижение интеллектуальной и психомоторной работоспособности.

Довольно часты изменения в дыхательной системе (хронические воспаления гортани, бронхов, эмфизема легких и даже рак легких). Это связано с тем, что один «косяк» содержит столько токсических веществ, сколько 10—20 обычных сигарет. Снижается общая сопротивляемость организма. У женщин возможны нарушение овуляции, сокращение менструального цикла и бесплодие.

**Опийная наркомания** — зависимость от психоактивных веществ из группы опиатов.

Опиаты — это производные опиума. Они относятся к наркотическим анальгетикам и делятся на несколько видов:

- *натуральные* (опий-сырец, морфин, маковая соломка);
- *кустарные препараты* (харка, коканар);
- *полусинтетические* (героин);
- *синтетические* (метадон, промедол).

При употреблении опиатов возникает кратковременная эйфория, сменяющаяся улучшением настроения, внутренним расслаблением, ощущением прозрения, легкости и просветления.

Опиаты производят сильный болеутоляющий эффект, а также подавляют чувство страха, успокаивают.

При регулярном употреблении опиатов возникает выраженная психическая и физическая зависимость с тяжелыми формами абстинентного синдрома.

Синдром отмены проявляется тревожностью, раздражительностью, насморком, чиханием, слезотечением, диспепсией и болями в мышцах.

Выделяют три стадии опийного опьянения.

На *первой стадии* возникают необычные ощущения — теплая волна, разбухание тела, покалывание кожи и т. д. Ощущения могут перемещаться, меняться и перетекать одно в другое. Изменяется восприятие времени, секунды субъективно воспринимаются вечностью. Мышцы расслабляются, голова вначале становится пустой, а потом заполняется множеством мыслей. Эти эффекты сопровождаются ощущением приятной истомы, полного и всеобъемлющего удовлетворения, гармонии между собой и миром. Затем время вновь «запускается», наступает короткий миг относительного протрезвления. Повышается уровень беспокойства.

На *второй стадии* на смену беспокойству вновь приходит безмятежность. Снова меняется субъективное восприятие времени, которое

теперь как будто ускоряет свой ход. Подъем настроения достигает стадии гипомании. Изменяется восприятие себя, исчезают сомнения и неуверенность, все кажется возможным, легко достижимым. Повышается мыслительная и двигательная активность. Больные легко строят нереалистичные планы и дают любые обещания. Тонус мышц повышается, болевая чувствительность снижается.

На *третьей стадии* подъем настроения сменяется усталостью и безразличием. Психологическое состояние пациента постепенно усугубляется, появляется тоска, тревога и неудовлетворенность. Мир словно становится бесцветным. Обыденность удручает и разочаровывает. Сквозь лень и нежелание двигаться проступает желание вернуть яркость красок и переживаний, приняв новую дозу («догнаться»). Если наркотик отсутствует, больной на какое-то время засыпает и просыпается уже в депрессии, не отдохнувшим, чувствующим еще более выраженную неудовлетворенность безжизненностью и пустотой происходящего.

При отсутствии физической зависимости это состояние сохраняется в течение нескольких дней. Если физическая зависимость уже сформирована, развивается абстинентный синдром. Спустя 8—12 часов после последнего приема наркотика возникают тахикардия, насморк, озноб, потливость и перепады артериального давления. Нарастает тревожность, прогрессирует чихание и диспепсические явления. Через некоторое время появляется мышечный дискомфорт, постепенно переходящий в боли в мышцах. Болят кости, суставы, спина и отдельные лицевые мышцы. Возможно повышение температуры.

Физические симптомы сохраняются в течение 5—7 дней. Все это время больной опийной наркоманией страдает от тоски и озлобленности. Тяга к наркотику периодически обостряется и становится невыносимой.

При передозировке возникают нарушения сознания вплоть до комы. Выявляется вначале сужение, а затем расширение зрачков. Реакция на свет отсутствует или снижена. Отмечаются нарушения дыхания, снижение артериального давления и брадикардия. Смерть наступает от прогрессирующих дыхательных нарушений, сердечной недостаточности, отека легких или респираторного дистресс-синдрома. На выходе возможно развитие судорог и опийных психозов.

Приведем типичный пример из судебно-психиатрической практики.

### **Пример**

Гражданин А., 29 лет, осужден по ч. 1 ст. 228 УК РФ. Ранее судимый (в 18 лет по ст. 166 УК РФ, в 19 лет — ст. 158 УК РФ, в 20 лет — ст. 166 УК РФ, в 27 лет — ст. 158 УК РФ). С возраста 15 лет употребляет наркотические вещества, преимущественно героин внутривенно. Быстро возросла толерантность до 5 г в сутки, сформировалась физическая зависимость, возникли явления абстиненции. Неоднократно находился на стационарном лечении в наркологическом диспансере с диагнозом «Наркомания опийная». Ремиссия после лечения составляла не более 2—3 месяцев. В 17 лет у А. была выявлена ВИЧ-инфекция, перенес гепатит «С». Поверхностные вены на верхних и нижних конечностях склерозированы («дорожки»), на коже имеются многочисленные изъязвления в местах инъекций.

Правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. В беседе вступает неохотно, часто безразличен к задаваемым вопросам, пассивен. Речь нечеткая, несколько «смазанная». Мимика невыразительная. Внимание неустойчивое, отвлекаем, быстро истощается. Память на прошедшие события несколько снижена, путается в датах происходивших событий. Мышление конкретного типа, ригидное. Интеллектуальный уровень, запас знаний низкий. Круг интересов ограничен бытовыми потребностями. Настроение неустойчивое, легко раздражается. Критическая оценка своего состояния и сложившейся судебно-следственной ситуации сохранена.

**Полинаркомания** — одновременная зависимость от нескольких видов наркотиков. Зачастую их запивают алкоголем для усиления эффекта.

Основные причины перехода на полинаркоманию.

1. *Отсутствие эффекта.* Со временем, эйфория от принимаемого наркотика притупляется из-за толерантности к нему. В результате наркоман ищет более сильное средство, чаще всего сочетая его с первоначальным.

2. *Отсутствие или нарушения сна.* Одни из побочных эффектов наркомании является бессонница, иногда сопряженная с беспокойным сном и кошмарами. Это вынуждает больных прибегать к сильным снотворным препаратам, поскольку слабые успокоительные не помогают. В результате появляется зависимость от снотворного.

3. *Невозможность приобрести наркотик.* Рано или поздно больной попадает в ситуацию, когда не может купить привычный

наркотик. Например, из-за финансовых трудностей или его пропажи в точке покупки. Тогда наркоман начинает искать заменители с таким же эффектом.

#### *4. Употребление наркотиков в компании.*

Полинаркомания в основном проявляется: обширным поражением внутренних органов и центральной нервной системы (ЦНС); сильным изменением личности; агрессивностью и асоциальностью; психическими расстройствами хронического и затяжного характера; слабоумием; снижением интеллектуальных способностей. Также могут фиксироваться галлюцинации, бессонница, головные боли. Больному становится тяжело переносить трезвое состояние. У него пропадает сон, снижается аппетит, он постоянно пребывает в плохом настроении.

Согласно ст. 23 УК РФ лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, новых потенциально опасных психоактивных веществ либо других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности.

### **8.3. Патопсихологическая характеристика участников незаконного оборота наркотиков**

**Патопсихологические признаки** различной степени выраженности представляют собой врожденные или приобретенные функциональные или органические изменения головного мозга, которые влияют на содержание, характер поведения и деятельности. Они снижают сопротивляемость к воздействию ситуации, создают препятствия для развития социально полезных черт личности, ослабляют внутренний контроль и оказывают существенное воздействие на противоправные деяния человека.

Особенности мыслительной, мотивационной сферы лиц этой категории сказываются на восприятии окружающей действительности и отношении к ней.

Наркозависимым личностям свойственны повышенная возбудимость, истероидность, демонстративность, патологическая лживость, склонность к риску, враждебность и агрессивность, эгоцентричность, стремление к лидерству, господству и самоутверждению, оппозици-



онность, сексуальная распушенность, аффективная неустойчивость или реактивная лабильность.

Наркоманы недисциплинированны, неспособны к усилиям, целенаправленным действиям. Быстро прогрессирующее интеллектуальное и волевое падение делает их болезненно внушаемыми, легко подверженными воздействию более сильных личностей.

Одной из особенностей осужденных за незаконный оборот наркотиков является сочетание противоречивых личностных качеств. С одной стороны — резкие колебания настроения, неустойчивость интересов, сензитивность, переоценка своих возможностей, с другой — одновременное проявление полярных качеств психики, таких как самоуверенность и ранимость, развязность и застенчивость, ласковость и жестокость, а также повышенная рефлексия и способность к самоанализу. В минимальном количестве случаев — стремление к одиночеству.

Нередки истерические реакции, которые отражают такую черту психической незрелости, как инфантилизм. Он проявляется подражательностью, недостаточной личной мотивацией (рациональной, а не эмоциональной) поведения, внушаемостью, слабым чувственным и интеллектуальным контролем за своим поведением, безответственностью, склонностью к игровой, а не к продуктивной деятельности. У женщин инфантилизм проявляется в виде наивности, беззаботности, припадочности, капризности.

Представленные личностные качества приводят к формированию манипулятивного стиля общения, эгоизму, разобщенности с окружающим миром. Типичным в поведении наркоманов оказывается высокий уровень мотивации избегания неуспеха, высокая потребность в признании.

На стадии эпизодического употребления наркотиков эксперты выделяют следующие черты личности, выступающие предпосылкой для дальнейшего развития наркомании: эмоциональная незрелость; неполноценная психосексуальная организация; агрессивность и нетерпимость; слабые адаптационные способности; склонность к агрессивному поведению и т.д.

Личность наркомана с многолетним опытом отличается физическим разрушением и духовным вырождением. Наркоманы являются рабами одних и тех же нравов и навыков, и живут весьма примитив-

ной жизнью. Психическая ригидность наркомана выражается в том, что существующая фиксация не является необходимой и неизбежной, настоящее время заполняется прошлым временем, ожиданиями и предположениями. Происходит отчуждение наркомана от реальности выбора. Ригидность наркозависимого — это фиксированность на уже порожденных смыслах и автоматическая подстройка к ним (смысл текущего момента — отследить собственное благополучие и если требуется, восстановить его благодаря употреблению наркотика). Ригидность усиливает отчужденность, изоляцию наркомана. Происходит отчуждение от факта своего существования и предполагает безусловность и фатальность потери себя.

На высоте опьянения наркотики могут вызывать страх, ужас, убежденность в грозящей опасности, что оказывает негативное влияние на поведение, поскольку такая личность начинает защищаться, проявлять агрессию по отношению к окружающим. На спаде опьянения любым наркотиком нередко переживания депрессии, раздражительности, дисфории.

Измененное психофизиологическое состояние снимает поведенческий контроль. Нарушения воли легко делают наркотизирующего пассивным орудием преступления, а нарушение интеллекта накладывает отпечаток на преступную деятельность. Вместе с тем неправильным было бы объяснять преступления, совершаемые такими людьми, только тем, что они принимают наркотик, что наркотик в данном случае — причина преступности. Наркотик лишь ускоряет и облегчает криминогенное проявление, заложенное в самой личности.

Характеристика обозначенных признаков нивелируется в зависимости от типологии лиц, совершающих преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков.

Проведенное исследование позволило выделить следующие доминирующие типы лиц, осужденных за незаконный оборот наркотиков.

1. **Корыстный тип.** К данному типу относятся лица, не употребляющие наркотики, а занимающиеся их незаконным оборотом с целью обогащения. Это участники организованных преступных групп, лица, совершающие преступления с использованием своего служебного положения, в крупном и особо крупном размере.

2. **Наркотизированный тип.** Критерием для выделения подобного типа является не только такой признак как систематическое немедицинское употребление наркотиков, но и использование добытых преступным путем имущества и денег на их приобретение, а также определенные изменения личности и, прежде всего, ее мотивации. В основе перестройки мотивационной сферы таких людей лежит потребность в наркотиках, которая в случае хронической наркомании приобретает субъективно непреодолимый характер, становится определяющим фактором для всей деятельности человека.

3. **Полимотивационный тип** личности распространен среди имеющих наркотическую зависимость и в то же время приобретающих, хранящих наркотики не только для себя, но и в целях сбыта, для извлечения материальной выгоды. Полученный доход идет на приобретение наркотиков. В отличие от наркотизированного типа полимотивационный тип употребляет наркотики эпизодически.

В научной литературе выделяют и другие типы участников незаконного оборота наркотиков. В частности, ситуативный, привычный, профессионально-предпринимательский<sup>1</sup>, случайный, неустойчивый, десоциализированный, последовательно-криминальный, ситуативно-криминогенный и др.<sup>2</sup>

### **Вопросы и задания для самоконтроля**

1. Каковы основные причины наркомании?
2. Назовите основные виды наркомании, которые выделяют в судебной психиатрии.
3. Перечислите основные симптомы, свойственные опийной наркомании.
4. Какие основные патопсихологические признаки традиционно выделяют в судебной психиатрии?

---

<sup>1</sup> Железняков А. М. Особенности личности участников преступного сообщества в сфере наркорынка: их классификация и типология // Наркоконтроль. 2010. № 3. С. 4—8.

<sup>2</sup> Курындина А. Н. Криминологическая классификация и типология личности лиц, совершающих преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2008. № 3. С. 86—87.

## Литература

---

### *Основная*

Березанцев, А. Ю. Судебная психиатрия : учебник. — М. : Издательство Юрайт, 2017.

Клименко, Т. В. Судебная психиатрия : учебник. — 2-е изд., пер. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Лисняк, М. А. Курс судебной психиатрии для юристов : учеб. пособие. — М. : Проспект, 2015.

Судебная психиатрия : учебник / Н. М. Жариков [и др.]. — 5-е изд., перераб. и доп. — М. : Норма-Инфра-М, 2014.

### *Дополнительная*

Алмазов, Б. Н. Патопсихология общественной безопасности. — М. : ИНФРА-М, 2017.

Калюжная, Н. Б. Женщины — убийцы. Очерки судебной психиатрии / Н. Б. Калюжная, Н. Г. Шумский, И. В. Ювенский. — СПб., 2004.

Колоколов, Г. Р. Судебная психиатрия : курс лекций. — М. : Экзамен, 2006.

Легкомцев, В. Т. Основы судебной психиатрии : учеб. пособие / В. Т. Легкомцев, А. Р. Поздеев. — Ижевск : Ижевск. филиал НА МВД России, 2007.

Лисняк, М. А. Курс судебной психиатрии для юристов: законодательство РФ в области психиатрии, судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском процессах, симптоматика психических расстройств, судебно-психиатрическая оценка отдельных психических заболеваний : учеб. пособие. — М. : Проспект, 2015.

Личностные характеристики преступников : монография / под ред. Ю. М. Антоняна. — М. : ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2016.

Личность преступника и профилактика преступлений : монография / под ред. Ю. М. Антоняна. — М. : Проспект, 2017.

Пауков, В. С. Судебная психиатрия : лекции. — М. : Норма: ИНФРА-М, 2010.

Сабадаш, Е. В. Судебная психиатрия : курс лекций / Е. В. Сабадаш, Т. С. Пачина. — Екатеринбург : Уральский юридический ин-т МВД России, 2015.

Сербский, В. Судебная психопатология: Клиническая психиатрия. Лекции. — Вып. 2. — М. : М. и С. Сабашниковы, 1900.

Спасенников, Б. А. Судебная психиатрия: историко-медицинский и историко-правовой аспекты : монография. — М. : НИИ ФСИН России; Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, 2018.

Судебная медицина и психиатрия. Краткий словарь терминов по учебному курсу. — М. : Interstamo Publishers, 1996.

Судебная психиатрия. № 7 / ред.-сост. В. В. Вандыш-Бубко. — М. : ФГУ «ГНЦ ССП Росздора», 2010.

Судебная психиатрия. Актуальные проблемы : сб. статей / под ред. В. В. Вандыш. — Вып. 14. — М. : Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского, 2017.

Судебная психиатрия. Пенитенциарная психиатрия и психология. — Вып. 6 / под ред. Т. Б. Дмитриева, ред.-сост. Д. А. Малкин. — М. : ФГУ «ГНЦ ССП Росздора», 2009.

Судебная психиатрия : курс лекций / сост. С. Н. Медведева. — Краснодар : КрУ МВД России, 2015.

Судебная психиатрия : учебник для юрид. школ / Д. А. Аменицкий [и др.] ; под общ. ред. А. Н. Бунеева и Ц. М. Фейнберг. — 2-е изд. — М. : Юрид. изд-во, 1947.

Судебно-психиатрическая диагностика : монография / под ред. Е. В. Макушкина, А. А. Ткаченко. — М. : Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского, 2017.

Шиян, В. И. Социально-демографическая и патопсихологическая характеристика участников незаконного оборота наркотиков // Наркоконтроль. — 2016. — № 4(45).