

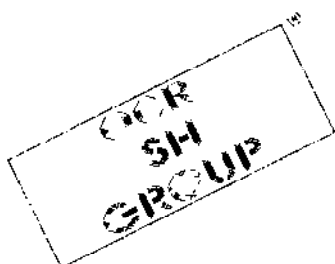
# **СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

---

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

2-е издание, переработанное и дополненное

Под редакцией  
академика АМН СССР Г. В. Морозова



Москва «Медицина» 1988

ББК 56.14

С 89

УДК 340.63(035)

Авторы: Г. В. МОРОЗОВ, В. П. БЕЛОВ, И. Н. БОБРОВА,  
В. А. ГУРЬЕВА, Н. М. ЖАРИКОВ, Н. Н. ИВАНЕЦ,  
Ю. А. ИЛЬИНСКИЙ, К. Л. ИММЕРМАН, А. К. КА-  
ЧАЕВ, Т. П. ПЕЧЕРНИКОВА, Б. В. ШОСТАКО-  
ВИЧ

Рецензент Т. Т. Сорокина, профессор, зав. кафедрой психиатрии  
Минского медицинского института

**Судебная психиатрия: Руководство для врачей/Г. В. Мо-  
С89 розов, В. П. Белов, И. Н. Боброва и др ; Под ред. Г. В. Мо-  
розова. 2-е изд., перераб и доп. — М.: Медицина, 1988. —  
400 с. ISBN 5—225—00063—0**

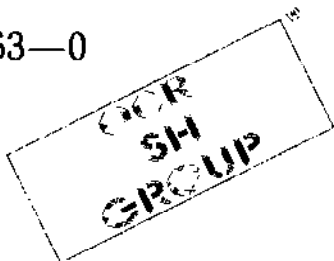
В руководстве представлены общетеоретические и организационные вопросы судебной психиатрии, проблема невменяемости и недееспособности, особенности освидетельствования обвиняемых, осужденных, свидетелей и потерпевших, анализ видов судебно-психиатрической экспертизы, ее место в гражданском процессе, роль мер медицинского характера в предупреждении общественно опасных действий психически больных. Описаны наиболее часто встречающиеся в судебно-психиатрической практике формы психических болезней и их судебно-психиатрическая оценка. Второе издание (первое вышло в 1977 г.) значительно переработано и дополнено новыми материалами по алкоголизму, наркоманиям и токсикоманиям, симптоматическим психозам, психопатиям, диссимуляции психических расстройств, особенностям судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних и др.

Руководство рассчитано на психиатров

С  $\frac{4126000000-144}{039(01)-88}$  197—88

ББК 56.14

ISBN 5—225—00063—0



© Издательство «Медицина»,  
Москва, 1977  
© Издательство «Медицина»,  
Москва, 1988 с изменениями

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Второе издание данного руководства выходит в свет через 10 лет после первого (1977). За минувшее время произошли определенные изменения в феноменологии психических заболеваний, связанные с явлениями патоморфоза. Существенно расширились знания о патогенезе психических нарушений, пополнились инструментальные методы диагностики психических болезней, изменилась и возросла роль терапии в судебно-психиатрической практике. Все это нашло отражение во втором издании руководства.

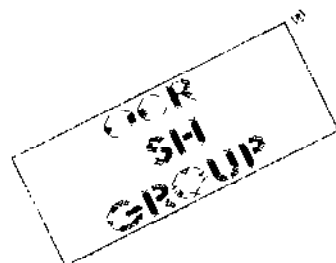
Кроме того, существенными были изменения в организации судебно-психиатрической службы. Появился новый вид судебно-психиатрических экспертиз — так называемые комплексные экспертизы. Повысилась роль судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. В последние годы были созданы специализированные судебно-психиатрические отделения для подростков. Всем этим вопросам посвящены новые главы.

В связи с патоморфозом психических заболеваний возникли трудности в диагностике и судебно-психиатрической оценке некоторых психических нарушений. Это обусловлено тем, что все чаще встречаются стертые психопатоподобные и депрессивные проявления психических заболеваний. Кроме того, стали нередкими устойчивые ремиссии после перенесенного психотического состояния. Следует учитывать, что расширение психиатрических знаний среди населения, в том числе у подэкспертных, привело к изменению форм и способов симуляции и диссимуляции психических расстройств, что также усложняет диагностический процесс. Сложность проблем алкоголизма, наркоманий и токсикоманий поставила перед судебными психиатрами новые задачи.

Все сказанное потребовало уточнения ряда положений судебно-психиатрической экспертизы, а следовательно, и переработки книги. Во второе издание руководства включены новые данные, касающиеся как теоретических и организационных вопросов судебной психиатрии, так и практики судебно-психиатрических экспертиз.

Второе издание обобщает опыт известных отечественных и зарубежных психиатров и подготовлено новым авторским кол-

лективом, включающим ведущих специалистов Всесоюзного научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского: акад. АМН СССР проф. Г. В. Морозов, д-р мед. наук проф. В. П. Белов, д-р мед. наук проф. И. Н. Боброва, д-р мед. наук В. А. Гурьева, член-корр. АМН СССР проф. Н. М. Жариков, д-р мед. наук проф. Н. Н. Иванец, д-р мед. наук проф. Ю. А. Ильинский, д-р мед. наук проф. К. Л. Иммерман, д-р мед. наук проф. А. К. Качаев, д-р мед. наук проф. Т. П. Печерникова, д-р мед. наук проф. Б. В. Шостакович.



# РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ

## ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

### Глава I

#### ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Судебная психиатрия — специальный раздел психиатрии, задачей которого является изучение различных психических расстройств в специальном отношении их к правовым нормам, к вопросам уголовного и гражданского права и процесса. При оценке психического состояния обвиняемых, потерпевших и свидетелей в уголовном процессе или истцов и ответчиков в гражданском судебные психиатры-эксперты должны не только установить наличие или отсутствие психических расстройств, но и правильно диагностировать заболевание, а также его лечить. Решая вопрос о вменяемости, эксперт должен определить возможность обвиняемого отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими в момент совершения правонарушения. При психиатрической экспертизе свидетелей и потерпевших оценивается их способность правильно воспринимать происходящие события и давать о них показания. В гражданском процессе при установлении дееспособности психиатр должен выяснить, может ли подэкспертный понимать значение своих действий и руководить ими. При освидетельствовании осужденных устанавливается их возможность отбывать наказание. Разнообразие, сложность и ответственность задач, стоящих перед судебными психиатрами, требуют от них особой четкости методологических подходов.

Судебная психиатрия сформировалась на стыке медицинских, правовых и философских наук. Судебная психиатрия неотделима от общей психиатрии, но обладает своими особенностями. Судебная психиатрия служит советскому правосудию и содействует укреплению социалистической законности и правопорядка. Судебно-психиатрическая экспертиза использует все достижения общей психиатрии и помогает следствию и суду претворять в жизнь гуманность советского закона, согласно которому общественно опасные действия психически больных не расцениваются как преступление, а совершивший такие поступки психически больной не считается преступником.

Советское здравоохранение и органы правосудия с первых дней Советской власти обращали большое внимание на защиту прав психически больных, совершивших общественно опасные действия, и соблюдение правовых гарантий личности. С учетом этих задач в 1921 г. был создан специальный Институт судеб-

но-психиатрической экспертизы. В настоящее время это Всесоюзный ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, являющийся научно-методическим центром судебной психиатрии нашей страны.

Основы отечественной судебной психиатрии были заложены классиками русской психиатрической школы В. Х. Кандинским, С. С. Корсаковым, В. П. Сербским и опирались на гуманистические принципы земской психиатрии.

В советской судебной психиатрии на основе достижений общей психиатрии и обобщения опыта судебно-психиатрической экспертизы были разработаны основные принципы и критерии экспертной оценки психических расстройств, изучена клиника тех заболеваний, которые наиболее часто встречаются в судебно-психиатрической практике.

Советские специалисты в области судебной психиатрии изучают и разрабатывают организационные и методические вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения психически больных. На основании этих исследований выработаны соответствующие законодательные акты и инструктивные материалы.

Научные работы в области судебной психиатрии позволяют по-новому осветить ряд вопросов клинической психиатрии, понять характер ряда болезненных расстройств и способствуют улучшению психиатрической помощи.

Работа судебных психиатров имеет определенные отличия от работы психиатров общего профиля, о чем необходимо постоянно помнить. Как правило, на экспертизу поступают лица, психическое состояние и анамнез жизни которых имеют ряд особенностей. Судебные психиатры должны не только диагностировать психическое расстройство, но и определить его тяжесть. Судебными психиатрами могут быть только врачи, обладающие большим клиническим опытом. Они должны хорошо знать общую психиатрию и ориентироваться в правовых вопросах. Такая разносторонняя подготовка позволяет проводить обоснованную диагностику и правильно строить выводы, излагаемые в судебно-психиатрическом заключении (акт судебно-психиатрической экспертизы).

Вынесение судебно-психиатрического заключения — чрезвычайно ответственное и сложное дело. Далеко не все лица, прошедшие судебно-психиатрическую экспертизу, психически больны и невменяемы, но это не значит, что их направление на освидетельствование было необоснованным. Среди признанных вменяемыми немало лиц с невыраженными психическими отклонениями. Эти случаи особенно трудны в плане дифференциальной диагностики и оценки тяжести расстройств. Наибольшие затруднения возникают при отграничении психопатий от шизофрении, простого алкогольного опьянения от патологического, определении тяжести олигофрении.

Экспертам-психиатрам часто приходится иметь дело со стертыми, внешне нечетко выраженными формами психических заболеваний, с последствиями перенесенных психозов. Обычно такие больные остаются «в жизни», имеют семью, работают на производстве и т. д. В последние годы число таких больных увеличилось в связи с применением эффективных средств лечения и патоморфозом психических заболеваний.

Зачастую на экспертизу направляются лица, которые ранее никогда не обращались за психиатрической помощью, и психическое заболевание у них выявляется впервые при судебно-психиатрическом освидетельствовании.

В условиях сложной психотравмирующей ситуации следствия и суда возможно возникновение психогенных расстройств. При этом могут развиваться реактивные психозы у прежде психически здоровых людей или появляются психогенные «наслоения» у лиц с теми или иными психическими нарушениями. У некоторых психически больных под влиянием психической травмы клиническая картина основного психического заболевания может значительно усложниться и видоизмениться и на первый план выступают симптомы и синдромы, свойственные реактивным состояниям. Диагностика и экспертная оценка в таких случаях становятся крайне сложными.

В экспертной практике так называемый объективный анамнез со слов родственников бывает излишне «субъективным», так как родственники могут неточно описывать отдельные события жизни обследуемого, сознательно или без умысла «психопатологизируя» анамнез. Оценивать такие сведения и сопоставлять их с материалами уголовного или гражданского дела следует очень осторожно.

Психически больные в иных случаях пытаются симулировать другое психическое заболевание, о котором они слышали или читали. При этом возникает опасность, что существующее психическое заболевание может остаться нераспознанным. Однако возможны симуляция психического заболевания психически здоровыми людьми и даже случаи так называемой превентивной симуляции, когда преступники, готовясь к правонарушению, предъявляют жалобы, свойственные той или иной психической болезни (чаще шизофрении), и госпитализируются в психиатрические больницы, стремясь в дальнейшем избежать уголовной ответственности.

Психически больные нередко диссимулируют свое заболевание, стремясь доказать, что они совершенно здоровы и диагноз психической болезни — ошибка врачей. Особенно часта диссимуляция при бредовых синдромах. Признанные невменяемыми такие больные пишут жалобы, протесты, требуют повторной экспертизы, так как считают себя здоровыми и не согласны с заключением экспертной комиссии.

Особенности и трудности, с которыми сталкиваются судебные психиатры, этим не исчерпываются.

Основным методом обследования психически больных остается клинический с четким и обоснованным психопатологическим анализом состояния обследуемого. Клиническое наблюдение дополняется данными лабораторных методов. Не следует переоценивать результаты патопсихологических, электрофизиологических и биохимических исследований, но в целом они способствуют правильной диагностике. Все полученные факты, уточняющие природу и характер того или иного психического расстройства, облегчают судебно-психиатрическую оценку.

Судебные психиатры должны широко использовать терапевтические средства, применяемые в общей психиатрии. Целесообразность лечебных мероприятий во время экспертизы обусловлена рядом обстоятельств. Прежде всего своевременное начало лечения имеет большое значение для терапевтической эффективности. Кроме того, последовательность смены или видоизменения болезненных симптомов при лечении психических расстройств может помочь в диагностике заболевания и судебно-психиатрической оценке. Многолетний опыт Института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского по лечению подэкспертных в период экспертизы позволил опровергнуть имевшиеся в прошлом опасения об «искажении» клинической картины заболевания и якобы связанных с этим экспертных трудностях. Лечение стало неотъемлемой частью деятельности судебных психиатров.

К современным задачам судебной психиатрии относится дальнейшая теоретическая и практическая разработка критериев невменяемости при различных психических расстройствах. Необходимы тщательный анализ и обоснование экспертного подхода к таким сложным клиническим проблемам, как ремиссия при шизофрении, психопатии и психопатоподобные состояния различного происхождения. Целесообразно продолжать изучение клиники, патогенеза, экспертной оценки и лечения различных психогенных расстройств, а также разработку подходов к их предупреждению.

Возросшее значение судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе требует углубленной разработки и уточнения критериев дееспособности — недееспособности. Особого внимания заслуживает ряд социальных вопросов, связанных с этими понятиями в семейном, трудовом праве.

Одной из задач теории судебной психиатрии является выработка законодательства о психически больных. Фундамент для такой работы уже заложен в Основах законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении, принятых Верховным Советом СССР в 1968 г.

Судебные психиатры должны уделять самое пристальное внимание профилактике общественно опасных действий психически больных. Принудительное лечение — один из основных методов такой профилактики. Необходимо найти новые пути осуществления принудительного лечения с расширением реоби-



итационных и реабилитационных мероприятий. Следует разработать дифференцированные клинические показания к каждой форме принудительного лечения. Предупреждение повторных общественно опасных действий непосредственно связано с разработкой и уточнением критериев отмены принудительного лечения. Необходим дальнейший углубленный научный анализ этих вопросов.

Лица, выписывающиеся после принудительного лечения, должны поступать под наблюдение врачей психоневрологических диспансеров и других медицинских учреждений по месту жительства. Они должны находиться на специальном учете. Это дает возможность организовывать своевременное наблюдение за ними и осуществлять их повторную госпитализацию при рецидиве или обострении болезни. Опыт последних лет свидетельствует об успешности такой работы, особенно в тех случаях, когда диспансерам удается наладить повседневный контакт с местными общественными и административными организациями (опекунский совет, комиссия по делам несовершеннолетних при исполкомах Советов народных депутатов, милиция и др.).

Одним из важных направлений в судебной психиатрии становится проведение психопрофилактических мероприятий в отношении осужденных, особенно тех, кто, будучи ответственным за свои действия, обнаруживает различные психические отклонения (лица с психопатическими особенностями характера, остаточными явлениями различных органических поражений головного мозга, олигофренией и др.).

Дальнейшая углубленная разработка клинических, общетеоретических и организационно-методических вопросов судебной психиатрии невозможна без принципиальной критики методологически неверных зарубежных концепций в области общей и судебной психиатрии.

В зарубежных судебно-психиатрических теориях преобладают идеалистические взгляды, биологизация психической деятельности и утверждение якобы неразрешимых противоречий между психиатрами и юристами в объяснении поведения человека, что приводит к стиранию существующих в действительности различий между совершаемыми психически здоровыми лицами преступлениями и совершаемыми психически больными общественно опасными действиями. Многие современные западноевропейские и американские судебные психиатры пытаются представить волевою сторону психической деятельности как особую, недоступную научному познанию экзистенциальную категорию, не подчиняющуюся принципу причинности. Эти вопросы вызывают наиболее острую полемику между советскими и буржуазными судебными психиатрами. В этом плане необходима дальнейшая работа по разоблачению антигуманистических направлений буржуазной психиатрии, в частности неоломброзианства, антипсихиатрии, экзистенциализма. Советские

судебные психиатры вместе с философами, психологами и социологами должны критиковать эти так называемые учения, а также на основе имеющихся клинических данных более активно разоблачать антинаучные, пронизанные мистицизмом и суеверием взгляды (парапсихология, телепатия и т. д.).

Для современной судебной психиатрии ведущим направлением остается разработка критериев экспертной оценки отдельных психических заболеваний. Наблюдающийся патоморфоз психических болезней, в частности шизофрении — наиболее распространенного и криминогенного заболевания, приводит нередко к тому, что больные, несмотря на заключение о наличии у них хронического психического заболевания, признаются вменяемыми (при стойкой ремиссии с отсутствием выраженного дефекта). Последнее требует дифференцированного применения критериев невменяемости при шизофрении.

Чрезвычайно сложны и требуют дальнейшего изучения судебно-экспертная оценка олигофрений, экспертиза исключительных состояний и некоторых других форм психических расстройств.

Все вопросы судебной психиатрии должны решаться в непосредственной связи с требованиями экспертной практики, что соответствует основным задачам советского здравоохранения в этой области, таким как профилактика общественно опасных действий психически больных, ранняя диагностика психических заболеваний, улучшение организации и осуществления принудительного лечения с последующей реабилитацией психически больных.

## Глава 2

### ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

#### Назначение судебно-психиатрической экспертизы

В основе правового положения экспертов в Советском Союзе лежит их независимость от сторон в судебном процессе. Это исключает столь характерную для судов разных стран ситуацию «боя экспертов», иной раз отодвигающую на второй план основную цель экспертизы — установление объективной истины, а именно определение психического состояния подэкспертного применительно к различным судебным вопросам о вменяемости, о дееспособности, о возможности отбывания наказания, о способности свидетеля и потерпевшего правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, а также о применении тех или иных мер медицинского характера в отношении невменяемых.

Независимость судебных психиатров от сторон в судебном процессе обеспечивается тем, что экспертиза в Советском Союзе находится полностью в ведении органов здравоохранения и не оплачивается заинтересованной стороной. Вместе с тем такая независимость не только не исключает, а, наоборот, подчеркивает необходимость строгого согласования всех правил и норм психиатрического освидетельствования (включая и безусловное соблюдение деонтологических принципов) и всех положений статей Уголовного, Уголовно-процессуального, Гражданского и Гражданского процессуального кодексов, которые касаются проведения экспертизы.

В этой связи психиатры, проводящие судебно-психиатрические экспертизы, должны не только обладать должной профессиональной квалификацией, но и знать свои права и обязанности, специально оговоренные в соответствующих статьях кодексов, а также правовые положения, охраняющие интересы лиц, подвергаемых судебно-психиатрическому освидетельствованию. Для согласованных действий по организации и проведению судебно-психиатрической экспертизы разработаны специальные межведомственные инструкции Министерства здравоохранения СССР, Прокуратуры СССР, Верховного суда, Министерства юстиции СССР и Министерства внутренних дел СССР.

В соответствии с уголовно-процессуальным и гражданским процессуальным законодательством и Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27.10.70 г. судебно-психиатрическая экспертиза производится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, по определению суда и определению (постановлению), вынесенному единолично по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела (п. 4 Инструкции). Ходатайствовать о назначении экспертизы по уголовным делам могут обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник с момента участия в деле, обвинитель в судебном заседании. В гражданском процессе имеют право ходатайствовать о назначении экспертизы истцы, ответчики, их представители и прокурор, если последний участвует в деле. При возбуждении дела о признании гражданина недееспособным судебно-психиатрическая экспертиза является обязательной независимо от заявленных ходатайств.

Согласованность медицинских и юридических аспектов организации и проведения судебно-психиатрической экспертизы обеспечивается специальной подготовкой как психиатров (стажировка, специализация на рабочих местах, ординатура, циклы при институтах усовершенствования врачей и др.), так и юристов. На юридических факультетах обязательен курс судебной психиатрии; в системе повышения квалификации следователей, прокуроров, судей и других юридических работников также проводятся специальные занятия по судебной психиатрии. Знание основ судебной психиатрии работниками следствия, адво-

катуры, прокуратуры, суда — одно из важнейших условий правосудия: именно от них в первую очередь зависит своевременная постановка вопроса о судебно-психиатрической экспертизе или, наоборот, отклонение ходатайств об освидетельствовании, если к этому нет достаточных оснований. Кроме того, осведомленность юристов в вопросах судебно-психиатрической практики позволяет им более полноценно подготовить материалы дела, предоставляемые для изучения экспертам (предварительный сбор медицинских документов, характеристик, целенаправленный опрос свидетелей о психическом состоянии подэкспертного и т. д.), а также дает возможность более аргументированно оценить акт судебно-психиатрического освидетельствования; принять заключение экспертов о вменяемости, дееспособности или высказаться о проведении дополнительной и даже повторной экспертизы.

Таким образом, не только само направление лица на судебно-психиатрическую экспертизу, но и полнота материала, который ляжет в основу суждений психиатров-экспертов при решении поставленных перед ними вопросов, а также оценка правильности решения этих вопросов во многом зависят от судебно-психиатрической грамотности юристов.

В этой связи является особо важной разработка тех критериев, которые дают основания сомневаться в психическом здоровье лица, оказавшегося в сфере следственно-судебного разбирательства или в местах лишения свободы. Правильное применение этих критериев обеспечивает своевременное назначение экспертизы. Среди этих критериев одни достаточно легко формализуемы, другие требуют большого знания, опыта, интуиции.

Достаточным формальным основанием для сомнения в психической полноценности лица, вовлеченного в следственно-судебную ситуацию, являются сведения о его лечении в прошлом в психиатрических больницах или о том, что он состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Такое же значение имеют данные трудовой и военно-психиатрической экспертизы об инвалидности или негодности к военной службе по состоянию психического здоровья. Сведения о высокой частоте психических заболеваний среди родственников, об обучении во вспомогательной школе, о явных странностях поведения, о попытках к самоубийству также должны приниматься во внимание, но они должны быть объективизированы (справки из психиатрических учреждений, характеристики и т. д.), чтобы стать реальным поводом к назначению экспертизы.

Имеют значение сведения о перенесенных в прошлом заболеваниях головного мозга (энцефалит, менингит), травмах черепа, если они сопровождались психическими нарушениями, вызвали ухудшение успеваемости в учебе или снижение трудоспособности. Могут приниматься во внимание заявления соответствующих общественных организаций, характеристики и от-

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

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

Следователь, судья, изучая личность обвиняемого, обычно могут получить достаточный материал о формировании его личности, о сложившемся модусе социального поведения, о круге интересов, о ценностных ориентациях. Странное, социально-психологически недетерминированное поведение в семье, быту, на производстве, отмеченное задолго до привлечения к уголовной ответственности или судебного определения дееспособности — недееспособности, должно быть поводом для направления на экспертизу. То же относится к необычности или безмотивности правонарушения или действия (завещание или сделка и т. д.), ставшего предметом разбирательства в гражданском процессе. Иногда психологическая непонятность, крайняя демонстративность общественно опасного действия бывают первыми признаками психического заболевания («инициальный деликт», по J. Stransky).

Некоторые неболезненные по своей природе антисоциальные формы поведения могут производить впечатление странных, причудливых, лишенных понятных мотивов, что вызывает со-

мнение в психической полноценности обвиняемого. То же относится и к особой жестокости, проявляемой иногда преступниками при совершении преступлений. Эти признаки сами по себе не могут служить доказательством психического расстройства, они должны учитываться лишь в совокупности с другими данными об особенностях личности и поведения обвиняемого, но это уже другой вопрос. Данные о странности поведения, об особой жестокости и безмотивности преступления — показания к назначению экспертизы. Экспертиза может установить связь этих данных с болезненным расстройством психики и дать заключение о невменяемости. Если эти особенности поведения и правонарушения относятся к вменяемому, то они как не болезненные, а личностные особенности преступника получают соответствующую оценку суда.

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

Не только странное, нелепое поведение в следственном изоляторе, в зале судебного заседания или в местах лишения свободы, но и определенные жалобы и высказывания могут быть поводом для направления на экспертизу. Жалобы на путаницу мыслей, на неспособность сосредоточиться и понять смысл происходящего, на «голоса» и «воздействие со стороны», на страхи и чувство враждебного, угрожающего отношения окружающих, что находит отражение в неправильном поведении, должны стать показанием к направлению на экспертизу. Во время допросов подследственных или бесед с осужденными могут выявиться другие признаки психической несостоятельности, которые должны давать повод к направлению на экспертизу: неспособность правильно осмысливать вопросы, отвечать по их существу, непоследовательность, паралогичность рассуждений, пассивное, безучастное отношение к совершенному деянию и привлечению к уголовной ответственности или, наоборот, аффективные реакции, явно выходящие за рамки адекватных. Своевременность выявления и направления на экспертизу лиц, вызывающих сомнения в психической полноценности, свидетельствует о судебно-психиатрической грамотности юристов, является залогом правосудия и имеет существенное значение для профилактики повторных общественно опасных действий психически больных.

Признаки болезненного расстройства психики обвиняемого могут внезапно выявиться на любом этапе уголовного процес-

са, что и определяет время направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Если перечисленные факты, вызывающие сомнение в психическом здоровье обвиняемого, становятся известны в процессе следствия, а поведение обвиняемого не требует его неотложного помещения в психиатрическое учреждение, то следует оформлять направление на судебно-психиатрическую экспертизу после того, как собрано достаточно материалов, характеризующих психическое состояние обследуемого вообще и в период совершения преступления в частности.

Различные обстоятельства, вызывающие сомнения в психическом здоровье обвиняемого, далеко не всегда достаточны для вывода о его психической болезни и для установления невменяемости. Они лишь служат показанием к судебно-психиатрической экспертизе. На основании этих фактических данных следователь формулирует постановление о направлении на экспертизу (суд в соответствующих случаях выносит определение о проведении судебно-психиатрической экспертизы).

### **Проведение судебно-психиатрической экспертизы**

Проведение судебно-психиатрических экспертиз, как правило, поручается постоянным судебно-психиатрическим комиссиям, которые работают на базе психоневрологических диспансеров и психиатрических больниц. Состав этих комиссий утверждается приказом обл(гор)здравотдела области или города, где она создается. Наиболее сложные, в том числе повторные, экспертизы обычно поручаются Всесоюзному ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательскому институту общей и судебной психиатрии им В. П. Сербского. Кроме того, следователь и суд могут сами определить персональный состав экспертной комиссии или поручить республиканскому министерству здравоохранения или Министерству здравоохранения СССР образовать такую комиссию. В целом следователь и суд могут поручить проведение судебно-психиатрической экспертизы любым врачам, имеющим специализацию по психиатрии.

Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссионно в составе не меньше 3 психиатров: докладчика, члена и председателя комиссии. В диагностически сложных и наиболее ответственных случаях комиссия обычно состоит из большего числа членов; проведение экспертизы двумя или одним психиатром допускается лишь как исключение при объективной невозможности обеспечить полный состав комиссии.

### **Права и обязанности экспертов**

Согласно процессуальному законодательству, эксперт имеет право с разрешения следователя и суда знакомиться с данными уголовного дела, необходимыми для экспертного заключе-

ния. Органы, назначающие экспертизу, обязаны предоставить эксперту необходимые материалы. Предоставляемые в распоряжение экспертов-психиатров следствием или судом сведения являются фактическими данными, которые рассматриваются как объективный анамнез свидетельствуемого в противоположность субъективному анамнезу, сообщаемому им на экспертизе. Эти данные включают медицинскую документацию (подробные выписки из историй болезни, их копии или подлинники), протоколы свидетельских показаний, характеристики с места работы и жительства и иногда письменную продукцию обследуемого (например, его дневники, записи, сочинения и т. п.).

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

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

При медленном, вялом течении болезни (в частности, при шизофрении, эпилепсии и др.) у больных может длительно сохраняться относительная социальная адаптация. Окружающие нередко считают их людьми со странностями, оригиналами, но в характеристиках нет никаких данных, которые вызвали бы подозрение о наличии психического заболевания. По собственной инициативе свидетели могут не сообщить о необычных поступках данного лица, если их об этом не будут спрашивать.

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



следователь должен задать свидетелю для уточнения состояния обвиняемого.

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

При назначении судебно-психиатрической экспертизы обвиняемому перед экспертами-психиатрами, как правило, ставят следующие вопросы: страдает ли он каким-либо психическим заболеванием, и если страдает, то мог ли он отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими при совершении инкриминируемого ему деяния, т. е. вменяем ли он? Для оценки возможности участия в судебно-следственных действиях важно установить и психическое состояние подэкспертного в настоящее время, т. е. в период экспертизы.

При констатации психического заболевания, возникшего после совершения преступления, но до вынесения приговора, также как при вынесении заключения о неменяемости, перед экспертами-психиатрами ставят вопрос о том, нуждается ли обследуемый в применении мер медицинского характера и каких именно.

Наряду с этими общими вопросами обстоятельства дела могут потребовать выяснения и ряда других моментов. В частности, следственные органы и суд могут интересоваться время и начало заболевания, состояние психического здоровья обследуемого в различные периоды его жизни, а не только в момент совершения преступления. При совершении неменяемым больным общественно опасного действия вскоре после выписки из психиатрической больницы может возникнуть сомнение в правомерности и своевременности его выписки из больницы. Дополнительные вопросы могут касаться также обоснованности психиатрических диагнозов и экспертных решений, ранее установленных обследуемому, о наличии или отсутствии у него симулятивного поведения и др.

Согласно ст. 182 УК РСФСР<sup>1</sup>, эксперт несет уголовную ответственность за отказ или уклонение от дачи заключения в судебном заседании либо при производстве предварительного

---

<sup>1</sup> Здесь и в последующем имеются в виду также соответствующие статьи кодексов других союзных республик. — Примеч ред.

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

В ряде случаев для получения дополнительных данных бывает необходим опрос родственников подэкспертного самим психиатром-экспертом. Профессиональный врачебный опрос может выявить ряд существенных для правильной диагностики обстоятельств. На такую беседу врач должен получить официальное разрешение следственно-судебных органов, и родственники к экспертам в таких случаях вызываются через эти органы. Беседуя с родственниками, ни в коем случае не следует делать нравоучительных высказываний, например упрекать в неправильном воспитании сына, дочери, что якобы способствовало совершению преступления. Родственников подэкспертного всегда интересуют те или иные обстоятельства, связанные с возбужденным уголовным делом против их близкого. Однако эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия или дознания без разрешения прокурора, следователя или лица, производящего дознание, о чем его предупреждает ст. 184 УК РСФСР.

### **Виды судебно-психиатрической экспертизы**

В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27.10.70 г. и на основе сложившейся многолетней практики судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется в следующих видах:

- экспертиза в кабинете следователя;
- амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
- стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
- экспертиза в судебном заседании;
- заочная (и как частный вид посмертная) судебно-психиатрическая экспертиза.

**Экспертиза в кабинете следователя.** Этот вид судебного освидетельствования в практике носит характер консультации, так как обычно проводится при однократном осмотре обследуемого одним психиатром. При экспертизе в кабинете следователя нет возможности провести обследование даже в той мере, в какой оно осуществляется при амбулаторной экспертизе, и поэтому обычно не выносится заключение о вменяемости (невме-

няемости). Психиатр дает заключение по ряду других интересующих следователя вопросов: о психическом состоянии лица в данное время, о необходимости проведения ему экспертизы определенного вида (амбулаторная, стационарная), о возможности подвергать обследуемого по состоянию его психического здоровья допросам и проводить очные ставки с его участием и т. п.

При заключении о необходимости амбулаторного или стационарного освидетельствования врач-эксперт может сообщить следователю, какие материалы будут необходимы экспертной комиссии, какие обстоятельства, касающиеся психического состояния обвиняемого, нужно уточнить при допросах свидетелей. При психиатрической консультации в отличие от экспертизы заключение может быть предположительным. Конечно, зачастую психиатр приходит к определенному выводу по поставленным ему вопросам и в кабинете следователя. Так, он может вынести заключение, что обвиняемый или подозреваемый не нуждается в судебно-психиатрической экспертизе ввиду отсутствия каких-либо признаков психического расстройства. При явном психическом заболевании и соответствующей медицинской документации можно посоветовать провести лишь амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. В другом случае эксперт-психиатр может прийти к выводу, что обследуемый в связи с особенностями психического состояния или с необходимостью проведения лабораторных исследований определенно нуждается в стационарной психиатрической экспертизе.

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

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

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

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

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

**Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.** Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза предусмотрена уголовно-процессуальным законодательством. Ст. 188 УПК РСФСР гласит: «Если при производстве судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы возникает необходимость в стационарном наблюдении, следователь помещает обвиняемого или подозреваемого в соответствующее медицинское учреждение, о чем указывается в постановлении о назначении экспертизы».

Помещение в лечебно-психиатрическое учреждение обвиняемого или подозреваемого, не содержащегося под стражей, производится с санкции прокурора».

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

Для проведения стационарной экспертизы в психиатрических больницах Министерства здравоохранения СССР создаются судебно-психиатрические отделения или выделяются специальные палаты в общих отделениях. Судебно-психиатрические отделения организуются для лиц, не содержащихся под стражей, и реже — охраняемые силами и средствами органов Министерства внутренних дел — для лиц, содержащихся под стражей. В них помещают только обвиняемых и осужденных. Гражданские истцы и ответчики, а также потерпевшие и свидетели для стационарной психиатрической экспертизы направляются в общие отделения психиатрических больниц.

В отношении подэкспертных, не взятых под стражу, должны сохраняться все те права, которые охраняют интересы больных, находящихся на лечении на общих основаниях: возможность свиданий, свободной переписки, прогулок в больничном саду и т. д. В отношении обследуемых, находящихся под стражей, существует ряд ограничений на переписку, на свидания и т. д., которые оговорены в Основах уголовного судопроизводства Союза ССР и союзных республик. Следует прямо говорить об этом подэкспертным, поясняя, что они могут писать, но их письма пойдут через следственно-судебные органы, а разрешить свидание также могут только эти органы.

Стационарное обследование не должно продолжаться более 30 дней. Если за этот срок дать окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости обследуемого невозможно, то экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока обследования, направляя это решение в письменном виде органу, назначившему экспертизу (п. 23 Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР).

На каждого обследуемого заводят клиническую психиатрическую историю болезни. В случае необходимости широко привлекают консультантов-специалистов — невропатологов и др.

При стационарной экспертизе используют лишь такие методы исследования и лечения, которые приняты в лечебных психиатрических учреждениях нашей страны. Лечение современными психотропными средствами лиц с психическими нарушениями не только улучшает их состояние, но и делает их более доступными продуктивному контакту и позволяет лучше понять динамику психических изменений, т. е. в конечном счете помогает проведению экспертизы. Все виды диагностических процедур и лечения врачи должны согласовывать с обследуемыми, если их психическое состояние позволяет проводить такое согласование и не содержит тех расстройств, которые могут представить опасность для окружающих и для самого больного. В период стационарной судебно-психиатрической экспертизы иногда требуется обследование подэкспертных различными лабораторными методами. К некоторым из них (например, к спинномозговой пункции) у обследуемых может быть крайне отрицательное отношение, порождающее категорический отказ. Если правильная психотерапевтическая беседа, разъясняющая подэкспертному в доступной форме основы методики обследования, не приносит желаемых результатов и он продолжает настаивать на своем отказе, то применение каких-либо иных форм воздействия, ущемляющих достоинство подэкспертного, недопустимо.

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

Во время стационарной экспертизы нецелесообразно разрешать какие-либо действия органов следствия с обследуемыми. Допросы, предъявление каких-либо документов, фотографий и т. п., имеющих отношение к уголовному делу, не допускаются, так как это нарушает контакт врачей не только с данным подэкспертным, но и с его соседями по палате и может нежелательно воздействовать на психическое состояние обследуемых.

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

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

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

Чаще всего экспертов-психиатров вызывают на судебное заседание в отношении лиц, прошедших экспертизу с вынесением окончательного заключения. Вызов эксперта бывает связан с сомнением суда в правильности заключения, необходимостью разъяснения тех или иных положений экспертного заключения, получением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, и, наконец, изменением психического состояния и поведения обвиняемого. В последних случаях редко возникает вопрос о вменяемости, который ранее был уже решен. Чаще приходится дифференцировать реактивный психоз, психогенную декомпенсацию и симуляцию.

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

Во время судебного заседания эксперт внимательно наблюдает за поведением обвиняемого, анализируя факты, как подтверждающие вынесенное заключение, так и свидетельствующие об изменениях в психическом состоянии. С разрешения председательствующего эксперт может задавать вопросы свидетелям и обвиняемому. Спрашивать надо в понятной для оп-

рашиваемого и для суда форме, избегая заведомо наводящих формулировок. В случае расхождения ответов, которые давались теми же свидетелями на предварительном следствии, рекомендуется в тактичной форме обратить на это внимание суда и самих свидетелей с тем, чтобы суд выяснил причину изменения показаний. Обследование обвиняемого следует проводить во время специального перерыва в судебном заседании в отсутствие состава суда и участников процесса.

Экспертов-психиатров вызывают в суд также по делам невменяемых при направлении их на принудительное лечение. При этом суду может потребоваться согласовать с экспертом меры медицинского характера, оценить общественную опасность больного. Такие вопросы чаще возникают тогда, когда экспертная комиссия не рекомендует применения принудительных мер медицинского характера, что бывает при острых кратковременных психотических состояниях в момент совершения общественно опасного деяния. В таких случаях для предупреждения вызова эксперта в суд следует более аргументированно в мотивировочном разделе акта показывать кратковременность перенесенного психоза, отсутствие болезненных расстройств психики уже к моменту освидетельствования.

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

Иногда эксперту-психиатру задают научные вопросы по его специальности, выходящие за рамки данного заключения, если их разъяснение имеет значение для оценки судом и участниками процесса выводов экспертизы. Это вопросы о различных вариантах прогноза при заболевании, установленном у обвиняемого, возможности сочетания симуляции с психическим заболеванием и др.

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

В соответствии с п. 25 Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР при невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом<sup>1</sup>, эксперт в своем за-

---

<sup>1</sup> Имеются в виду вопросы, непосредственно касающиеся экспертных выводов. — *Примеч. ред.*



ключении делает вывод о необходимости направления обследуемого на стационарную экспертизу. Так же необходимо поступать в отношении признанных вменяемыми обследуемых, если у них ко времени суда возникли психические изменения, препятствующие участию в судебном процессе. Обычно в таких случаях речь идет о психогенных заболеваниях, но в судебном заседании установить подлинный характер и продолжительность подобных состояний бывает трудно.

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

При заочной экспертизе психическое состояние подэкспертного оценивается на основании свидетельских показаний, медицинской документации (в этих случаях особенно важно получить подлинники историй болезни и амбулаторных карт), характеристик, письменной продукции обследуемого. Эксперт должен внимательно изучить документы и уметь связать в единое целое ряд мелких штрихов, присутствующих в отдельных характеристиках и показаниях, чтобы вынести заключение об особенностях психического состояния.

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

Недостаточность материалов, предоставленных в распоряжение экспертов, особенно при заочных экспертизах, может быть причиной отказа от дачи заключения. Неполнота сведений в некоторых случаях заочных (посмертных) экспертиз в уголовном процессе (но не в гражданском, где решаются вопросы дееспособности и действительности сделки) позволяет ограничиться предположительным заключением о психическом состоянии. Необходимо тщательно мотивировать такое заключение.

### **Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следственными органами и судом**

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется актом экспертизы; его структура и принцип составления регламентированы ст. 191 УПК РСФСР, Приказом Министерства здравоохранения СССР № 1030 от 04.10.80 г. «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и приложениями к приказу.

Акт судебно-психиатрической экспертизы является одним из источников доказательств по делу. Приводимые фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. В нем должны содержаться не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающее из данных о психическом состоянии в прошлом и в период обследования.

Акт судебно-психиатрической экспертизы состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (если таковое имеется), описания физического, неврологического и психического состояния (включая результаты лабораторных исследований), заключительной, так называемой мотивировочной, части. Последняя состоит из выводов и их обоснования.

Подробные указания по составлению каждой из этих частей акта даны в приложении к Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27.10.70 г. и в приложении к Приказу Министерства здравоохранения СССР № 1030 от 04.10.80 г., поэтому мы остановимся лишь на некоторых общих положениях и принципах его составления.

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

Расстройства, выявленные в анамнезе и обнаруженные при обследовании подэкспертного, должны быть описаны психопатологически квалифицированно. При этом недопустимо ограничиваться одними психиатрическими терминами, так как акт теряет тогда свое доказательное значение. Описание психического статуса в акте отличается от такового в истории болезни. Оно должно быть более обобщенным. Терминологические определения симптомов следует сочетать с описанием высказываний и поведения обследуемого. Психопатологические проявления при описании не должны терять свойственную им синдромологическую очерченность.

В заключении формулируется диагноз применительно к одному из четырех признаков медицинского критерия невменяемости (хроническая душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие или иное болезненное со-

стояние). Затем в мотивировочной части акта приводится клиническое обоснование диагноза и аргументируется судебно-психиатрическая оценка применительно к юридическому критерию невменяемости.

В случаях невменяемости обосновывают рекомендуемые меры медицинского характера.

Выводы экспертов при судебно-психиатрической экспертизе являются ответами на вопросы, поставленные перед ними, и потому должны быть определенными. Это касается заключений о вменяемости, а также о возможности понимать значение своих действий и руководить ими в соответствии со ст. 15 ГК РСФСР (вопрос о дееспособности) и др. Предположительное заключение допустимо лишь в некоторых случаях заочных экспертиз, в частности при самоубийствах, когда нельзя получить недостающих сведений. Иногда при четкой синдромальной характеристике состояния обследуемого вывод о вменяемости или невменяемости может быть определенным, но нозологическая форма заболевания указана лишь предположительно. В таком заключении отражаются современный уровень психиатрических знаний и различия во взглядах психиатрических школ. Особенно это относится к диагностике шизофрении. Так, иногда при заключении о наличии паранойяльного синдрома трудно отнести его к шизофрении, остаточным явлениям органического поражения головного мозга или патологическому развитию в рамках психопатий.

Иногда при проведении судебно-психиатрической экспертизы вскрываются обстоятельства, которые имеют значение для дела, но следствие и суд вопросов о них не ставят. Действующее законодательство и Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР (п. 12) предусматривают, что в таких случаях эксперты вправе указать на эти обстоятельства в своем заключении. Довольно типичным является установление на экспертизе клинических признаков хронического алкоголизма или наркомании у лица, совершившего в связи с этим общественно опасное деяние. В этих случаях при заключении о вменяемости экспертная комиссия, даже если такого вопроса перед ней не поставлено, должна дать заключение о необходимости применения принудительного лечения алкоголизма или наркомании (ст. 62 УК РСФСР).

Другой, также типичный пример: при освидетельствовании осужденных, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу администрацией исправительно-трудовых учреждений или надзорными инстанциями, обычно ставится лишь один вопрос: может ли осужденный по своему психическому состоянию находиться в местах лишения свободы, отбывать наказание? Данные клинического обследования таких лиц нередко указывают на давно возникшее психическое заболевание. Предполагая, что признаки психического заболевания у осужденного имелись еще к моменту совершения общественно опасного дея-

ния, эксперты могут указать на это в своем заключении. В таких случаях суд имеет право возбуждать в отношении этого лица дело по вновь открывшимся обстоятельствам и направлять его на экспертизу для определения вменяемости. На основании лишь материалов личного дела осужденного, без изучения уголовного дела, эксперт не должен давать заключение о невменяемости; он может лишь высказать предположение о начале психического заболевания до совершения общественно опасного деяния, за которое был осужден данный подэкспертный.

Если правонарушение складывается из ряда следующих друг за другом эпизодов, а перед экспертами не поставлены вопросы о дифференцированной оценке состояния обследуемого относительно каждого эпизода, то эксперты, установив качественные различия в психическом состоянии обследуемого в момент того или иного противоправного деяния, дают по ним отдельные экспертные оценки. Так, лицо, совершившее, например, кражу в состоянии простого алкогольного опьянения и убийство в состоянии острого алкогольного психоза, по первому общественно опасному деянию должно быть признано вменяемым, по второму — невменяемым. Поскольку убийство было совершено в состоянии временного болезненного расстройства душевной деятельности, проявлений которых уже нет ко времени судебно-психиатрического освидетельствования, то принудительные меры медицинского характера по поводу этого общественно опасного деяния могут не применяться. Однако как лицо, страдающее хроническим алкоголизмом и совершившее первое общественно опасное деяние в состоянии вменяемости, в этом случае обследуемый должен направляться на принудительное противоалкогольное лечение в местах лишения свободы.

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

Отсутствие в советском законодательстве института уменьшенной вменяемости обуславливает только альтернативные заключения: «вменяем — невменяем». В этих условиях особое значение приобретает мотивировочная часть судебно-психиатрического акта, особенно в случаях, когда речь идет о вменяемом, но обнаруживающем те или иные психические расстройства лице. Например, при признании лица, страдающего олигофренией, вменяемым следует не только обосновать способность этого больного отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими в отношении данного конкретного деяния, но и показать суду, что он все же имеет дело с малоумным, особенностями психики которого если и не были прямой причиной совершенного деяния, то могли способствовать его совершению.

Заключение экспертов подлежит оценке следственных орга-

нов и суда, которые анализируют судебнопсихиатрический акт на предмет его информативности, а также полноту и достоверность изложенных в нем фактов. В результате заключение может быть принято ими или отвергнуто. Несогласие с экспертизой следственные органы и суд должны мотивировать и конкретно обосновать в постановлении или определении (ст. 80 УПК РСФСР). Подобная мотивировка несогласия с экспертизой не только важна для обоснования этого процессуального действия, но и имеет большое значение для повторной экспертизы, так как указывает, какие обстоятельства вызывают у следователя или суда сомнения в экспертном заключении.

В соответствии со ст. 192 УПК РСФСР в случае недостаточной ясности или неполноты экспертного заключения по отдельным вопросам возможен допрос экспертов, давших заключение. Согласно ст. 81 УПК РСФСР, возможно также назначение дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тем же самым или другим экспертам. Существенные сомнения по поводу экспертного заключения, особенно касающиеся основных вопросов (прежде всего вменяемости), требуют повторной экспертизы, которая проводится комиссией экспертов в новом составе.

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

Если первая экспертиза дала заключение о невменяемости, то поводом для сомнения служат корыстные мотивы общественно опасного деяния и попытки его сокрытия, совершение преступления в соучастии с другими лицами, внешне упорядоченное поведение обвиняемого, его формальная ориентировка в окружающем, сохранность прежних знаний и профессиональных навыков. Порождает сомнения и несовершенство самого акта экспертизы, когда эксперт обращает внимание только на патологические нарушения и не упоминает о сохранных сторонах психики, наблюдающихся и у психически больных.

Кроме того, в случаях неменяемости отсутствие развернутого описания и аргументации патологических расстройств, а не только их констатация в акте при внешне сохранным облике больного, особенно при тяжких преступлениях, приводят к назначению повторной экспертизы.

Совокупность перечисленных фактов служит достаточным основанием для сомнений в правильности заключения и обуславливает назначение повторной экспертизы. На повторную экспертизу, как правило, направляются обвиняемые, чье психическое состояние представляет значительные трудности с точки зрения диагностики и судебно-психиатрической оценки. Это нередко сочетается с тяжестью совершенного правонарушения. Между выводами первой и повторной экспертизы бывают расхождения, чаще при повторной экспертизе устанавливается неменяемость. Это обуславливается тем, что в результате повторного клинического обследования общее количество диагностически значимой информации увеличивается, выявляется ранее не замеченная, непостоянная психопатологическая симптоматика, уточняется динамика психического состояния.

Иногда при первой экспертизе оказываются недостаточно высокими клинико-психопатологическая квалификация и диагностика наблюдаемых болезненных явлений. При повторной экспертизе дополнительные объективные факторы облегчают правильное решение. К ним относятся дальнейшее изменение психического состояния обследуемого — как утяжеление болезненных явлений, так и их сглаживание, что в соответствии с закономерностями течения болезни помогает уточнить природу болезненных расстройств и определить их тяжесть. Кроме того, повторная экспертиза нередко располагает большими материалами о личности обвиняемого и о его состоянии в момент правонарушения, особенно если она проводится по определению суда, а первая была проведена в стадии предварительного расследования.

Как при первой, так и при повторной экспертизе затрудняют вынесение экспертных заключений, способствуют возникновению разногласий между экспертами и приводят к неоднократным повторным экспертизам недостаточность содержащихся в уголовных делах материалов, характеризующих личность обвиняемого, его поведение в различных условиях, в разных ситуациях и особенно в период, предшествовавший правонарушению, во время его совершения и непосредственно после него, что особенно важно для установления временного расстройства психической деятельности. Недостаточность собранных материалов ставит в трудное положение не только первую, но и вторую экспертную комиссию, особенно если повторную экспертизу назначает суд без возвращения дела на доследование, так как получение дополнительных материалов становится для эксперта затруднительным.

Практика судебно-психиатрических экспертиз показала, что

в силу клинического патоморфоза психических заболеваний, а также ряда других привходящих причин участились крайне сложные для дифференциальной диагностики психопатологические состояния. Как правило, речь идет о переплетении психогенных расстройств с проявлениями патологической (психопатической, органической, процессуальной) почвы, что затрудняет решение основных экспертных вопросов о нозологической основе наблюдаемого психического расстройства, о его начале и прогнозе и соответственно о вменяемости — невменяемости. Лечение таких больных в судебно-психиатрическом стационаре далеко не всегда позволяет установить динамику, необходимую для решения этих вопросов. Получение новых клинических данных о статике и динамике психических расстройств требует длительного (в большинстве случаев принудительного) лечения. Однако такие меры медицинского характера в УК и УПК РСФСР не предусмотрены, так как вменяемость — невменяемость больных не определена. В таких случаях экспертная комиссия может рекомендовать судебным органам применение Постановления Президиума Верховного Совета СССР от 13.06.85 г. № 2614-ХІ<sup>1</sup>.

В этом постановлении говорится о том, что принудительные меры медицинского характера могут быть применены по назначению суда также к совершившему общественно опасное деяние лицу, у которого в процессе предварительного следствия либо рассмотрения дела в суде установлено временное расстройство душевной деятельности, препятствующее определению его психического состояния во время совершения общественно опасного деяния, если по характеру совершенного деяния и своему психическому состоянию это лицо представляет опасность для общества и нуждается в лечении в принудительном порядке. Использование постановления повышает точность и аргументированность судебно-психиатрических заключений.

## Глава 3

### ПРОБЛЕМА НЕВМЯЕМОСТИ

#### Теоретические аспекты проблемы невменяемости

В судебной психиатрии проблема невменяемости является центральной по научной и практической значимости. К решению этой проблемы советские судебные психиатры подходят с позиций научно-материалистического понимания психической деятельности и вытекающей из него детерминистской трактовки поведения человека.

Сложившееся к настоящему времени представление о вменяемости — невменяемости имеет свою историю, в которой ос-

<sup>1</sup> Ведомости Верховного Совета СССР, 1985, № 25, с 444.

новное место занимает материалистическое понимание психической деятельности, в частности волевой сферы и в свою очередь свободы воли, т. е. свободы распоряжаться своими действиями, выбирать характер и род поступка. Такой подход к этой проблеме можно проследить в полемике К. Маркса и Ф. Энгельса с Гегелем и его последователями. Гегель считал, что свобода воли преступника «есть в насилии проявляющаяся злая воля, совершающая преступление»<sup>1</sup>. Иначе говоря, она заключена в непознаваемых внутренних побуждениях человека. В то же время он сам оценивал поступки людей как необходимость, во многом зависящую от внешних обстоятельств и не зависящую от самого субъекта. Он писал: «Слепа необходимость до тех пор, пока она не понята»<sup>2</sup>. Это противоречие концепции свободной воли Гегеля отмечено В. И. Лениным: «На деле цели человека порождены объективным миром и предполагают его, — находят его, как данное, наличное. Но кажется человеку, что его цели вне мира взяты, от мира независимы („свобода“)»<sup>3</sup>.

К. Маркс и Ф. Энгельс критиковали главное последствие гегелевской трактовки свободы воли как независимой от внешних обстоятельств — выбор меры наказания преступнику. К. Маркс подчеркивал: «Разве это не заблуждение, когда определенного индивида, с действительными мотивами его поступков, с влияющими на него многообразными социальными условиями подменяют абстракцией «свободной воли», когда человека как такового подменяют лишь одним из его свойств?»<sup>4</sup>.

Важное значение для развития материалистического учения о неменяемости имели работы основоположников отечественной психиатрии В. Х. Кандинского, С. С. Корсакова, В. П. Сербского, А. У. Фрезе и др., которые, исходя из материалистической трактовки воли, показали реальное содержание понятий вменяемости и неменяемости и их соотношение с клинической картиной психического заболевания.

Учение о неменяемости получило дальнейшее развитие в работах советских судебных психиатров Д. Р. Лунца, Н. И. Фелинской, Б. В. Шостаковича, Т. П. Печерниковой и др.

В соответствии с основными положениями советского уголовного права субъектом, ответственным за совершение преступления, может быть лишь вменяемое лицо; вменяемость является предпосылкой вины. Лицо, находящееся в состоянии неменяемости, не является субъектом преступления и не несет уголовной ответственности; совершенное им противоправное действие не может считаться преступлением, а представляет собой общественно опасное действие психически больного, к которому могут быть применены лишь меры медицинского харак-

<sup>1</sup> Гегель В. Ф. Соч., т. 3, с. 299.

<sup>2</sup> Там же, т. 6, с. 294.

<sup>3</sup> Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 29, с. 171.

<sup>4</sup> Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 8, с. 531.



тера. Таким образом, правильная трактовка понятий вменяемости — невменяемости играет большую роль в соблюдении социалистической законности.

Развитие учения о вменяемости — невменяемости тесно связано с достижениями нормальной и патологической физиологии — дальнейшими разработками положения И. П. Павлова о произвольных действиях человека и роли второй сигнальной системы как высшего регулятора человеческого поведения, созданием концепции опережающего отражения П. К. Анохина, исследованиями материального субстрата психической деятельности, проведенными И. С. Бериташвили, Э. А. Костандовым, А. М. Иваницким и др.

Как известно, такое свойство психики, как отражение, составляет одно из важных положений диалектического материализма. Для обоснования невменяемости принципиальное значение имеет понимание существа болезненных расстройств психики как нарушений отражательной деятельности головного мозга с последующим формированием и закреплением искаженного восприятия. При психическом заболевании болезненное, измененное отражение объективно существующей реальности лишает человека способности правильно понимать и оценивать совершаемые поступки, регулировать свое поведение. Клинические данные свидетельствуют о том, что нарушение отражения реального мира при различных психических болезнях различно. Так, в одних случаях нарушается прежде всего высшая форма отражения — мышление, при других — чувственное познание и т. д.

Болезненные расстройства психики могут приводить к нарушению сложных социальных отношений больного и к общественно опасным неправильным действиям без юридической ответственности больного.

Необходимость определения вменяемости лиц, совершивших правонарушение и вызывающих сомнения в своем психическом состоянии, практически очевидна и для большинства зарубежных психиатров. Однако, по мнению некоторых из них, категория вменяемости — невменяемости лишена смысла, так как якобы отсутствует объективный критерий тяжести (глубины) психических расстройств [Schneider K., 1956; Rasch B., 1971, и др.]. Таким образом, под сомнение ставятся и диагностические возможности психиатров.

В последние годы в зарубежных исследованиях вновь усилились позиции клинической криминологии. При этом, как и раньше, делаются методологически неверные выводы о возможности врожденной повышенной криминогенности лиц с психическими нарушениями, преступность провозглашается медицинской проблемой [Gibbens T., 1973; Pinatel J., Bouzat P., 1975; Reid W., 1978].

В ряде случаев судебные психиатры придерживаются психоаналитических позиций в ущерб клиническим наблюдениям:

криминальное поведение расценивается как выражение подсознательного «детского конфликта» [Grösbüsch G., 1981] и т. д.

Биологические факторы, в том числе и аномалии психики, советские криминологи считают не более чем условиями преступного поведения [Кудрявцев В. Н., 1982, 1986; Кузнецова Н. Ф., 1984]. В Англии хромосомные аберрации выявлены лишь у 2% заключенных. J. Leonte (1972) писал в этой связи: «Надо еще доказать, что агрессивность, связанная с избытком хромосом, всегда имеет преступные формы. После этого остается еще объяснить преступность 98% лиц без хромосомных аномалий»<sup>1</sup>. Если эти биологические факторы начинают приобретать несвойственную им роль причин противоправных действий, то вопрос должен быть перенесен из социально-правовой в медицинскую область: в таких случаях речь идет не о преступлении, а об общественно опасных действиях психически больного. Эти понятия ясно различаются в действующем законодательстве СССР.

Очевидно, что различия во взглядах на проблему невменяемости и причины преступного поведения отражают различные методологические подходы к соотношению социального и биологического в детерминации поведения человека.

#### **Формула невменяемости и основные вопросы судебно-психиатрической экспертизы**

В соответствии с законом условия невменяемости, которыми руководствуется суд и на основе которых строится судебно-психиатрическое заключение, определяются так называемой формулой невменяемости, данной в ст. 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик, которую повторяет ст. 11 УК РСФСР: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

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

Многообразие клинических проявлений и различная тяжесть

---

<sup>1</sup> Leonte J. Criminologie et science penitentiate — Paris, 1972 — 457 p.

нарушений психики обуславливают в структуре формулы невменяемости два критерия: медицинский и юридический. Медицинский критерий невменяемости представляет собой обобщающий перечень психических болезней, которые подразделяются на 4 группы: 1) хроническая душевная болезнь; 2) временное расстройство душевной деятельности; 3) слабоумие; 4) иное болезненное состояние.

Первая группа включает непрерывно или приступообразно протекающие психические заболевания, имеющие тенденцию к прогрессированию и приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям, — шизофрению, старческое слабоумие, пресенильные психозы, прогрессивный паралич и др. При трактовке состояния учитывается наиболее вероятный прогноз указанных расстройств, возможности изменения (ухудшения) состояния, несмотря на его длительную стабильность.

Во вторую группу входят кратковременные психические заболевания, заканчивающиеся выздоровлением: алкогольные психозы в форме делирия, галлюциноза, параноида; исключительные состояния; реактивные психозы; симптоматические психозы. К этой же группе относятся пароксизмальные расстройства в виде кризов, обусловленные диэнцефальной патологией. Это почти мгновенные нарушения сознания и двигательной активности с висцерально-вегетативными проявлениями, которые могут явиться объектом судебно-психиатрической экспертизы при транспортных авариях и наездах.

Третья группа болезней, составляющих медицинский критерий, объединяет все случаи различных по этиологии состояний стойкого снижения психической деятельности, сопровождающихся поражением интеллекта, в первую очередь мышления, памяти и критики, необратимыми изменениями личности, выраженным нарушением или невозможностью социального приспособления.

Четвертая группа включает состояния, не являющиеся психическими заболеваниями в узком смысле этого слова, но характеризующиеся теми или иными нарушениями психической деятельности: психопатии, психический инфантилизм и некоторые случаи глухонемоты.

Понятие «иного болезненного состояния» представлено в уголовных кодексах не всех стран, что, по мнению некоторых психиатров [Кондратьев Ф. В., 1983], во многом обусловлено неопределенностью его содержания. Согласно концепции отечественных психиатров, эти состояния отражают положение о *posos* и *pathos* и не имеют процессуальной основы. Как известно, *posos* — болезненный процесс, динамическое образование, *pathos* — патологическое состояние, стойкие изменения, являющиеся результатом патологических процессов или нарушения развития. Между *posos* и *pathos* нет строгой границы, но с клинко-динамических позиций «иные болезненные состояния» представляют собой *pathos* (например, психопатии).

Отнесение болезни к тому или иному признаку медицинского критерия в ряде случаев можно считать условным. Ф. В. Кондратьев подчеркивает, что в судебном процессе признак медицинского критерия (хроническое заболевание или временное расстройство) не имеет решающего значения при определении невменяемости, но правильная квалификация состояния важна для прогноза и особенно для выбора мер медицинского характера. При этом необходимо иметь в виду, что понятие «хроническая болезнь» не предопределяет неизбежной прогрессивности, исключающей возможность выздоровления (это положение подробнее раскрыто ниже). Ряд нозологических форм, например маниакально-депрессивный психоз и некоторые периодические психозы у больных с органическим поражением головного мозга, в зависимости от особенностей течения и соотношения длительности приступов и светлых промежутков могут быть отнесены как к хроническим, так и к временным расстройствам психической деятельности. Приобретенное слабоумие как следствие прогрессивных процессов, в частности экзогенно-органического генеза, также с одинаковым основанием может относиться и к хроническим психическим болезням, и к слабоумию. Вместе с тем нозологическая принадлежность заболевания играет существенную роль в характеристике психопатологических особенностей, тяжести расстройств психики. Все признаки медицинского критерия невменяемости отражают болезненную природу состояний. Однако существуют так называемые неболезненные аномалии психической деятельности, которые также могут вызывать сомнения в психической полноценности обследуемого.

По мнению А. В. Снежневского (1968), сложно разграничить «физиологически акцентуированное» и «патологическое». П. Ф. Малкин (1967), Ц. П. Короленко (1981), Я. Е. Свириновский с соавт. (1983) обращают внимание на опасность отождествления необычных форм поведения в особых ситуациях с психопатологией и видят пути преодоления диагностических трудностей в тщательном изучении взаимосвязей, возникающих между личностью и ситуацией. Разграничение «нормы» и «патологии» при этом может затрудняться постепенными переходами от психологически мотивированных реакций к патологическим, отличающимся в основном по выраженности или продолжительности. Неболезненные аномалии не подлежат психиатрическому анализу, он применим лишь к болезненным расстройствам психики. В то же время необходимо отграничение аномалий от внешне сходных с ними картин болезненных расстройств (разграничение аффекта физиологического и патологического, явлений утомления и астенического синдрома, естественной подавленности и психогенной депрессии, неболезненного и патологического бредоподобного фантазирования).

Аффективные состояния относил к неболезненным изменениям психики В. Х. Кандинский. «Едва ли кто может ска-

зять, — писал он, — что озлобление, запальчивость, раздражение суть состояния для человека ненормальные». Из этого он делал вывод, что неболезненные расстройства душевной деятельности не должны исключать вменяемости; «исключают ее только душевные расстройства болезненные»<sup>1</sup>.

Отграничивая неболезненные изменения психики от психопатологических синдромов, безусловно, нет надобности анализировать их влияние на поведение. Таким образом, применение медицинского критерия невменяемости при проведении судебно-психиатрической экспертизы заключается в распознавании психической болезни и определении ее клинической формы, психопатологических особенностей, т. е. в установлении диагноза. Точная диагностика, основанная на знании проявлений и закономерности течения разных форм психических болезней, позволяет правильно оценить психическое состояние лица при судебно-психиатрической экспертизе на различных этапах болезни.

Так как, согласно советскому уголовному праву, вменяемость является предпосылкой вины, а невменяемые лица не несут ответственности, соответственно кардинально различаются преступления и опасные деяния, совершенные психически больными. Одной из основных задач советской судебной психиатрии является совершенствование судебно-психиатрической оценки психических нарушений. В общей психиатрии диагностический процесс ограничивается определением нозологического диагноза. В судебно-психиатрической практике это позволяет установить соответствие или несоответствие состояния обследуемого одному из признаков медицинского критерия, т. е. становится предпосылкой решения экспертного вопроса.

Характеристика состояния обследуемого сопоставляется с параметрами юридического (психологического) критерия невменяемости. Таким образом, его применение зависит от оценки психических нарушений, подпадающих под медицинский критерий формулы невменяемости.

Судебно-психиатрическая оценка основывается на определении тяжести (глубины) диагностированных болезненных расстройств психики, составляющих основу юридического критерия, который сформулирован в законе как «невозможность отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими». Юридический критерий включает в себя два признака: интеллектуальный (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях) и волевой (невозможность руководить своими действиями), которые дают более полную, всестороннюю характеристику психических расстройств, выявленных у подэкспертного. Юридический критерий — это общее определение, обобщенная характеристика нарушений психики с точки зрения их тяжести,

---

<sup>1</sup> К андинский В. Х. К вопросу о невменяемости. — Спб., 1890, с. 22.

исключающей вменяемость или не лишаящей возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими.

Судебно-психиатрическое понятие вменяемости предусматривает способность к правильному суждению, понимание значения и свойств своих деяний и возможность свободного выбора мотива своих поступков. В. П. Сербский подчеркивал, что вторая половина этого критерия более важна, так как свобода выбора предполагает свободу суждения, но не наоборот. Отсутствие внешних нарушений поведения, дезориентации в окружающем, сохранность определенных профессиональных и бытовых навыков и представлений еще не позволяют делать вывод о вменяемости. Вменяемый должен прежде всего прогнозировать результаты своих действий, в частности понимать их противоправность. Клинический опыт судебных психиатров показывает, что это особенно важно учитывать при проведении экспертизы лицам с интеллектуальной недостаточностью и личностным дефектом (вследствие органических поражений головного мозга, при олигофрении, вялотекущей шизофрении). В последние годы описывается своеобразный дефект интеллектуальных возможностей и при психопатиях [Шостакович Б. В., Гульдман В. В., 1976; Шостакович Б. В. и др., 1984]. Изучение механизмов противоправных действий наглядно свидетельствует о сложных взаимосвязях психопатологически измененного и относительно сохранного в психике. Психологически понятные, реально-бытовые мотивы правонарушений возможны и у невменяемого.

По мнению как классиков судебной психиатрии, так и современных психиатров, наиболее сложным и в то же время значимым для судебно-следственных органов является соотнесение признаков медицинского и юридического критериев невменяемости, отражающих особенности состояния обследуемого в период правонарушения.

При многих психических расстройствах — олигофрении, последствиях травматического и сосудистого поражения головного мозга и др. проявления психопатологии очень разнообразны, что еще больше усложняет диагностическую и экспертную оценку. В ряде случаев (в частности, при органическом поражении головного мозга сложного генеза) при экспертной оценке психических нарушений во время противоправного деяния клиническая конкретизация признаков юридического критерия должна проводиться путем установления синдромологического диагноза, а затем глубины и тяжести синдрома.

Несколько этапов экспертно-диагностического процесса в судебно-психиатрической практике обусловлено диалектически противоречиями формулы невменяемости [Морозов Г. В. и др., 1983]. Возможно наличие медицинского критерия невменяемости при отсутствии обоих признаков юридического (например, при эпилепсии с редкими судорожными припадками и незначительными изменениями личности), что свидетельствует о

вменяемости. Отсутствие одного из признаков юридического критерия (достаточная сохранность интеллектуально-мнестических функций) при изменении способности руководить своими действиями (например, при психопатии) делает экспертное заключение особенно сложным. При неболезненных аномалиях психики, перечисленных выше, отсутствует медицинский критерий невменяемости и, несмотря на наличие юридического, выносится заключение о вменяемости.

Решение экспертных вопросов в случаях возникновения психического заболевания после совершения преступления, но до вынесения приговора предусмотрено ч. 2 ст. 11 УК РСФСР, согласно которой не подлежит наказанию лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишаящей его возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими.

В этих случаях медицинский и юридический критерий оценки психических расстройств несколько отличаются от таковых в формуле невменяемости ч. 1 ст. 11 УК РСФСР. Так, медицинский критерий состоит из одного признака — «душевного заболевания», который включает в себя хронические психические заболевания и временные расстройства психической деятельности. Указания на это имеются в уголовно-процессуальном законодательстве в разделах, посвященных применению мер медицинского характера. В ст. 409 УПК РСФСР говорится о временных расстройствах душевной деятельности, требующих лишь приостановления производства по делу. Ст. 410 УПК РСФСР предусматривает возможность развития хронической душевной болезни после совершения преступления. При применении юридического критерия анализируется возможность обследуемого предстать перед следствием и судом, а не возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими в период правонарушения, поэтому идентичные формулировки юридического критерия ч. 1 и 2 ст. 11 УК РСФСР предполагают различные экспертные решения и юридические последствия.

Применение ч. 2 ст. 11 УК РСФСР обуславливает необходимость повторной судебно-психиатрической оценки состояния обследуемого (после прекращения принудительного лечения) для выяснения степени редуцирования психопатологической симптоматики и соответственно способности к адекватной оценке материалов следствия, самостоятельному осуществлению права на защиту, возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Законодательством ряда зарубежных стран предусмотрена, кроме вменяемости и невменяемости, так называемая уменьшенная вменяемость — снижение вины и ответственности лиц с признаками психических аномалий, которые не обуславливают невменяемости.

Как известно, вопрос о «степенях» вменяемости волнует психиатров и юристов уже второе столетие и периодически вызывает острые дискуссии. Большинство и дореволюционных, и советских юристов и психиатров отрицали уменьшенную вменяемость (В. Х. Кандинский, Е. К. Краснушкин, Б. В. Алексеева, Н. П. Дубинин, Р. И. Михеев, В. П. Сербский, Д. Р. Лунц, Г. В. Морозов и др.)

Опыт других стран показывает, что применение уменьшенной вменяемости приводит либо к сокращению срока наказания, либо к помещению осужденного в учреждения полутюремного-полупсихиатрического типа, не обеспечивающие необходимой специализированной помощи.

Отечественные судебные психиатры учитывают, что объем понимания и оценки своих действий, в том числе противоправных, как и уровень руководства ими, могут различаться в зависимости от ряда причин, в том числе и от некоторой интеллектуальной или эмоционально-волевой недостаточности (например, при психопатии, неглубоких остаточных явлениях органического поражения головного мозга и т. д.). Характеризуя патологические особенности психики, не исключающие вменяемости, судебные психиатры дают суду дополнительные сведения о личности обвиняемого, чем облегчают определение степени его ответственности.

### **Судебно-психиатрическое значение патоморфоза некоторых психических заболеваний**

В проблеме вменяемости — невменяемости постоянно возникают новые вопросы, решение которых невозможно без дополнительного анализа или пересмотра устоявшихся воззрений.

Прежде всего следует остановиться на судебно-психиатрических последствиях патоморфоза психических заболеваний, который отмечается в последние десятилетия. Изменения клинических проявлений ряда психических болезней, в том числе и шизофрении, выражаются в преобладании вялых, медленно текущих атипичных форм психозов, иной синдромальной картине, а также в увеличении частоты бредовых расстройств в рамках шизофрении, алкогольных, сосудистых психозов и др.

Кроме отмеченных особенностей психических заболеваний, обусловленных патоморфозом, значительно увеличивается контингент лиц с впервые выявленной психической патологией, что связано с совершенствованием психоневрологической диспансерной службы.

Указанное обстоятельство объясняет рост числа направлений на судебно-психиатрическую экспертизу, что следует оценивать как положительный момент. Число состоящих на учете в психоневрологических диспансерах увеличивается за



счет пограничных состояний, так и лучшего выявления краевых форм основных психических заболеваний, в том числе некоторых вариантов шизофрении.

Многие из состоящих на учете больных вялотекущими формами психических заболеваний сохраняют трудоспособность, живут вне психиатрических учреждений, пользуясь лишь экстрамуральной психиатрической помощью, поэтому диагностическая и экспертная квалификация состояния при совершении ими общественно опасных деяний становится особенно трудной.

Анализ проблем судебно-психиатрической экспертизы невозможен без учета особенностей современной терапии психически больных. Широкое применение нейролептических средств способствует формированию стойких терапевтических ремиссий с хорошей социальной и трудовой адаптацией, что также усложняет оценку психического состояния обследуемых.

К вменяемости — невменяемости при вялотекущей шизофрении следует подходить с сугубо клинических позиций. Если при шизофрении обнаруживаются выраженные расстройства мышления или эмоционально-волевой сферы, то можно говорить о медицинском и юридическом критериях невменяемости. Вместе с тем наметившееся в последние годы расширение понимания данной нозологической формы приводит к возрождению концепции «мягкой» шизофрении, при которой *rathos* незначительно связан с *posos*. При таком подходе в рубрику вялотекущих, благоприятных форм шизофрении попадают невротические, психопатические и другие состояния, зачастую не имеющие признаков прогрессивности эндогенного заболевания.

По мнению некоторых психиатров [Hage E., 1974], в связи с патоморфозом клинические различия между шизофренией, неврозами и психопатиями будут становиться все менее ясными, поэтому судебно-психиатрическая экспертиза требует особой тщательности и осторожности. Иногда при вынесении заключения о вменяемости, несмотря на подозрение на вялотекущую шизофрению, состояние приравнивается к неврозу или психопатии, что облегчает понимание заключения юристами.

При стойкой ремиссии с незначительным дефектом больные шизофренией нередко совершают противоправные действия по реально-бытовым, психологически понятным мотивам. Сохранность основных психических функций, адекватная оценка совершенного и всей ситуации в целом как бы вступают в противоречие с диагнозом. Нередко в этих случаях эксперты, обосновывая вменяемость, отвергают ранее установленный диагноз шизофрении, объясняя имевшиеся в прошлом психотические расстройства психическими травмами, алкогольной интоксикацией и другими экзогенными факторами. Видимо, в таких случаях сказывается определенная инертность врачебного мышления, связанная с традиционным представлением о непременном дефекте после перенесенного шизофренического приступа. По-

добные воззрения не соответствуют современному пониманию шизофрении, когда многими исследованиями убедительно доказана возможность практического выздоровления после одного или нескольких приступов. В экспертном плане правомерно признание этих больных вменяемыми без изменения установленного ранее диагноза шизофрении, так как есть медицинский критерий невменяемости, но нет юридического. Доводы противников такой экспертной позиции сводятся обычно к ссылкам на возможность обострения заболевания после осуждения. Однако вменяемость определяется на момент совершения деяния и возможность дальнейшего ухудшения психического состояния не должна предрешать экспертную оценку. Это противоречило бы смыслу ч. 1 ст. 11 УК РСФСР.

Очевидно, что вопросы вменяемости при шизофренических ремиссиях нуждаются в дальнейшем изучении и более глубоком клинико-теоретическом обосновании.

Патоморфозу психопатий посвящены сравнительно немногие исследования [Левинсон А. Я., 1959; Боброва И. Н., Шубина Н. К., 1974; Фелинская Н. И., 1979; Гурьева В. А. и др., 1982], но он является очевидной клинической реальностью. Это отражается, в частности, в изменении соотношения причинных факторов в генезе психопатий: количество «ядерных» форм уменьшается и возрастает число «краевых» и «органических». При смягчении в целом клинической динамики заболевания большое значение в усугублении психопатических расстройств имеет алкоголизм [Корнилов А. А., Вишневская Э. С., 1974; Александров А. А., 1975; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980, и др.]. Также отмечают увеличение количества «мозаичных форм» и усиление полиморфности «краевых».

В последнее время относительно новые судебно-психиатрические проблемы возникают при оценке не только шизофрении, но и психопатий. В каждом случае необходимо тщательное изучение как динамики психопатологических проявлений, нередко обусловленных дополнительными экзогенными вредностями, так и мотивации правонарушения в плане его психологических или психопатологических механизмов. Динамические сдвиги в случае достижения психотического уровня (состояния декомпенсации, психопатические развития) становятся основанием для направления на принудительное лечение. При этом качественно изменены адаптация, мотивационная сфера, критические способности.

Необходимо исходить из того, что в самой структуре психопатических реакций всегда имеются черты, свойственные психопатии данной группы, поэтому их присутствие на фоне аффективно суженного сознания не свидетельствует о качественном изменении сознания и потому не исключает вменяемости.

Понятие «глубокая психопатия», как известно, не содержится ни в одной классификации [Шостакович Б. В., 1982]. Однако такие состояния чаще всего служат причиной заключений о

невменяемости при данной нозологической форме. Это связано с тем, что при глубокой психопатии особенно страдают прогностические возможности, а в противоправных действиях преобладает психопатическая и психопатологическая мотивация [Гульдан В. В., 1975]. Другой распространенной причиной невменяемости при психопатиях можно считать патологическое развитие личности с формированием паранойяльных идей. Хотя психопатии в целом стали более мягкими, стертыми, появились большие трудности в адаптации таких лиц [Боброва И. Н., Шубина Н. К., 1974; Фелинская Н. И., 1979], что в свою очередь создает определенные сложности судебно-психиатрической оценки.

Реактивные психозы являются одной из нозологических форм, претерпевших особенно существенный патоморфоз [Фелинская Н. И., 1976, 1980; Морозов Г. В., Кудрявцев И. А., 1979, и др.].

Раньше при прогностически неоднозначных вялопрогредиентном и трансформирующемся течении заболевания часто было оправдано откладывание экспертного решения до выздоровления подэкспертного. Однако в последние десятилетия указанные формы психоза стали очень редкими, преобладает более легкое однотипное течение. В основе такого реактивного состояния лежит механизм истерической фиксации, и нередко более целесообразно и клинически оправдано вынесение экспертного решения без ожидания полной редукции психопатологической симптоматики. В таких случаях, а также при реакции на ситуацию, не достигающей психотического уровня, направление на принудительное лечение может приводить к закреплению психогенных расстройств.

В то же время важно учитывать, что значительное число диагностических и экспертных расхождений обусловлено ошибочной диагностикой реактивного состояния (или декомпенсации психопатии) и несвоевременным распознаванием шизофрении. При неясности клинической картины в таких случаях правомерно воздерживаться от решения вопроса о невменяемости, рекомендуя направление на принудительное лечение до улучшения (или изменения психического состояния с обретением более ясной нозологической очерченности).

При судебно-психиатрической оценке затяжных реактивных психозов большое значение имеют разработка клинических показаний к принудительному лечению и определение совокупности признаков, предусмотренных ч. 2 ст. 11 УК РСФСР. Определяющее значение при этом имеют глубина, тип и этап течения заболевания.

Нередко экспертные ошибки допускаются при оценке глубины интеллектуальных и волевых расстройств у больных с признаками умственной недостаточности, сосудистыми и органическими заболеваниями головного мозга. У названной категории больных под влиянием неблагоприятной ситуации мо-

гут возникать психотические картины, в структуре которых, помимо признаков легкого реактивного состояния, прослеживается усугубление присущих этим больным и ранее интеллектуально-мнестических расстройств. Именно эти состояния, протекающие по типу «органического клише», нередко расцениваются как истинный интеллектуальный дефект. Такие состояния свидетельствуют об известной хрупкости психических процессов, но не об истинной глубине расстройств, дающей основание для признания невменяемости.

В последние годы активно совершенствуются медико-педагогические мероприятия в отношении больных олигофренией, более эффективными становятся реабилитационные подходы. Однако неплохая компенсация психической неполноценности, достаточная социальная адаптация могут значительно нарушаться в субъективно сложной ситуации, при внезапном изменении жизненного стереотипа. При судебно-психиатрической экспертизе требуются особенно тщательная ретроспективная оценка состояния таких больных, изучение временной связи декомпенсации с углублением расстройств психики, реакциями растерянности, психогенными проявлениями с периодом совершения правонарушения. Углубление интеллектуальной недостаточности, как подчеркивают некоторые авторы [Кондратьев Ф. В., 1986], может быть весьма кратковременным, что также осложняет экспертное решение в подобных случаях.

## Глава 4

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СВИДЕТЕЛЕЙ И ПОТЕРПЕВШИХ

Уголовно-процессуальное право отводит большое место показаниям свидетелей как одному из видов доказательств в процессе предварительного и судебного следствия. На свидетельских показаниях зачастую основываются обвинение и приговор. В связи с такой важностью свидетельских показаний чрезвычайно ответственна оценка их достоверности. Даже добросовестный свидетель, стремящийся как можно точнее изложить события, очевидцем которых он был, не застрахован от искажения фактов. Непроизвольные ошибки свидетелей зависят от множества причин, влияющих на правильность восприятия и воспроизведения обстоятельств, интересующих суд и следствие. К таким причинам в первую очередь относится воздействие эмоций, нарушающее точность запечатления в памяти и последующего изложения событий. Ясно, что очевидец, тем более потерпевший, не остается безразличным к правонарушению, свидетелем или жертвой которого он оказался. Имеют значение

также внимание и память свидетеля. Стремление постичь особенности произвольных ошибок в таких условиях заставило изучать психологию свидетельских показаний.

Чрезвычайно важна роль потерпевшего на следствии и суде, поскольку он по закону является одним из участников процесса. От него требуется не только излагать известные факты, он может толковать их, заявлять ходатайства, а также иметь другие права одной из сторон уголовного процесса.

Свидетелями и потерпевшими могут оказаться заведомо психически больные или лица, психическая полноценность которых вызывает сомнение. В таких случаях работники суда и следствия назначают судебно-психиатрическую экспертизу для оценки психического состояния этих лиц и их способности давать показания.

Вопрос о достоверности показаний свидетелей лежит вне компетенции экспертов-психиатров. Эксперт-психиатр может оценить лишь *психическое состояние* человека. Наиболее правильно ставить вопрос перед экспертами в такой форме: «Страдает ли свидетель психическим заболеванием? Если страдает, то мог ли он правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может ли давать о них правильные показания?» Такой вопрос концентрирует внимание на наличии психического заболевания, а не на особенностях и содержании показаний свидетеля, и соответствует положениям п. 3 ст. 79 УПК РСФСР. Я. М. Калашник (1955) считал, что ответ на такой вопрос может быть только альтернативным.

Психически больной (в частности, больной шизофренией) может быть единственным очевидцем происшедшего или потерпевшим. В этих случаях раньше эксперты-психиатры нередко выносили заключение о том, что показания психически больного могут приниматься во внимание, если они подтверждаются другими материалами дела и не противоречат им. Такой вывод неправомерен.

Прежде всего такое заключение относится к показаниям обследуемого, а не к его состоянию. Следствием подобного заключения является возможность участия психически больного свидетеля в судебном разбирательстве, что явно нецелесообразно, так как может неблагоприятно отразиться на состоянии больного. Кроме того, если показания такого свидетеля находят подтверждение в ряде других данных по делу, то эти показания уже не являются необходимым звеном в цепи доказательств. Наконец, главное — показания психически больного могут отражать патологические переживания, быть бредовым истолкованием происходивших событий. Такие показания могут иметь значительные искажения из-за повышенной внушаемости, нарушений памяти и интеллекта. Показания психически больных свидетелей и потерпевших могут носить черты оговора и самоговора вследствие психических нарушений. Приведем пример оговора на почве бредовых переживаний.

Обследуемая К. заявила в прокуратуру, что была изнасилована офтальмологом во время осмотра. Установлено, что К. больна шизофренией. Наряду с выраженными кататоническими явлениями у нее отмечены бредовые идеи любовного очарования, воздействия. Она уже несколько лет «слышала голос» этого врача (он ее сосед по дому), который объяснял ей в любви, обещал жениться, говорил о ее необычайной красоте. Испытывала сенестопатические ощущения в области половых органов. Как выяснилось, на прием к этому врачу пришла без особых оснований, вела себя во время осмотра странно: утрированно кокетничала, вздыхала, что-то невнятно бормотала.

Заключение: К. страдает психическим заболеванием (шизофрения), не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Реальное событие может получить патологическую интерпретацию, исключаящую в конечном счете возможность участия больного в следственных действиях.

Обследуемая М. была изнасилована двумя мужчинами. Это подтверждается рядом сведений. Показания М., кроме фактических данных об изнасиловании, совпадающих с иными сведениями по делу, содержат бредовые высказывания о том, что преступники действовали по наущению ее бывшего мужа, соседей, с которыми она ссорится много лет. В дальнейшем М. говорила, что изнасилование организовано работниками прокуратуры, чтобы добиться ее выселения из этой местности. М. пишет многочисленные заявления, в которых обнаженно, в циничных выражениях, описывает происшедшее и высказывает угрозы в адрес многих лиц, якобы заинтересованных в том, чтобы «позорить» ее.

Заключение: в связи с психическим заболеванием (параноидная шизофрения) М. не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

В приведенных выше примерах однозначное решение вопроса относительно несложно. Труднее оценить состояние ремиссии при шизофрении. Здесь надо исходить из глубины и качества ремиссии, наличия или отсутствия патологических толкований, остаточного бреда. Однозначный подход в этих случаях был бы нецелесообразен. Больные шизофренией в стойкой ремиссии без выраженного дефекта обычно способны давать свидетельские показания. Вместе с тем следует избегать участия таких лиц в судебном разбирательстве, так как обстановка суда может быть для них излишне травмирующей [Литвинцева М. С. и др., 1983].

Нередко трудно решить вопрос о возможности давать показания в случаях пограничных состояний. При психопатии со склонностью к фантазированию, травматических поражениях головного мозга и других подобных состояниях способность правильно воспринимать происходящие события и воспроизводить их обычно сохраняется.

Оценка психического состояния лиц с олигофренией, оказавшихся жертвами сексуальных правонарушений, в отношении возможности давать показания сложна [Leferez, 1972]. В первую очередь приходится учитывать степень интеллектуальной недостаточности и особенности эмоционально-волевых нарушений. В таких случаях целесообразно наряду с клиниче-

ским психиатрическим обследованием проводить патопсихологическое обследование, позволяющее более точно оценивать психический дефект. Легкая дебильность при сохранении способности контролировать свои поступки обычно не препятствует даче показаний. Вместе с тем в таких случаях имеют значение эмоционально-волевые расстройства, сопутствующие основному дефекту. Гипердинамический (эретический) вариант дебильности со склонностью к фантазированию, лживости зачастую не позволяет дать заключение о возможности участия потерпевших в судебно-следственных действиях. Особенно это относится к дебильным личностям с расторможенностью сексуального влечения. Можно предполагать, что снижение возможности руководить своими поступками в этих случаях мешает правильно оценивать и воспроизводить обстановку [Парфентьева О. В., 1978]. В этих случаях также приходится констатировать, что такие лица не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания, несмотря на формально неглубокий интеллектуальный дефект.

Обследуемая Ш с умеренно выраженной дебильностью хорошо работает в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологическом диспансере, окончила вспомогательную школу. Ш. неоднократно вступала в половые связи с солдатами. После одного из таких эпизодов обратилась к командиру части с жалобой, что была изнасилована солдатом М. Было установлено, что Ш в этот день была в связи с К, а потом с М, со смехом и циничными подробностями рассказывала об этом. На вопрос, почему она обвиняет М, Ш ответила, что он «грубый и некрасивый, а К — хорошенький мальчик», поэтому она хочет, чтобы М наказали.

Если обследуемый имеет умеренно выраженную дебильность (средняя степень), особенно ее гиподинамический вариант, то нужно уделять внимание повышенной внушаемости и подчиняемости. В этих случаях очень важен правильно построенный допрос на предварительном следствии. К сожалению, протоколы допросов, с которыми знакомятся эксперты, зачастую составлены так, что не удается уловить, какие вопросы и в какой форме ставились перед свидетелем или потерпевшим, как формулировался вопрос. На освещение фактов влияет также присутствие на допросах родителей. Отношение родителей к делу, заинтересованность в его исходе отражаются на поведении потерпевшего.

Обследуемая К, 17 лет, была не способна к обучению в массовой школе, воспитывалась в школе-интернате для умственно отсталых детей, с трудом осваивала программу, к 17 годам училась в 6-м классе. По наблюдениям воспитателей, несмотря на явное отставание в физическом развитии, проявляла повышенный интерес к мальчикам, часто уединялась с ними. В связи с тем что она несколько раз надолго исчезала с мальчиками, в школе была дважды осмотрена гинекологом. При втором осмотре установлено нарушение девственной плевы. От объяснений по этому поводу К уклонилась, а спустя несколько дней вместе с матерью явилась в прокуратуру с заявлением, что была изнасилована соседом по квартире. Семья К. давно и постоянно ссорится с этим соседом. К давала показания в присутствии матери, в дальнейшем неоднократно их меняла. При судебно-психиатрической экспертизе выявлен крайне малый запас знаний, с трудом фор-

мулирует свои мысли. При расспросе в присутствии матери, путаясь в деталях, утверждает, что сосед ее изнасиловал. Несмотря на замечания допрашивающего, мать все время кивает головой, подсказывает дочери ответы. Беседуя с врачами без матери, К говорит об этом эпизоде еще более путано, плачет, просит позвать маму, «тогда все вспомнит»

Заключение. К. обнаруживает признаки олигофрении. Из-за низкого интеллекта и повышенной внушаемости давать показания не может, к ним надо относиться как к показаниям психически больной

Сложно оценить психическое состояние потерпевших, перенесших черепно-мозговую травму и дающих показания о моменте этой травмы. Вследствие потери сознания и ретроградной амнезии сообщаемые ими сведения нередко бывают неверными. Впоследствии такие больные часто заполняют исчезнувший из памяти отрезок времени ложными воспоминаниями, домыслами на основании обстоятельств дела (со слов следователя, родных и знакомых) и сообщают эти искаженные сведения, искренне считая их истинными. Возникают трудно устранимые противоречия, особенно тогда, когда потеря сознания после травмы была кратковременной.

Обследуемый М утверждал, что он нанес удар ножом, обороняясь от нескольких нападавших. Установлено, что сначала на М напал один человек, М ударил его ножом и уже после этого был избит прибывшими на шум знакомыми раненого. Сам М считает, что сознания не терял. Из медицинской документации больницы, куда он был доставлен, известно, что у него были рвота, положительный симптом Кернига, легкое оглушение. Диагноз: сотрясение мозга, подозрение на перелом основания черепа

Заключение состояние М после нанесения им удара ножом следует рассматривать как период расстроенного сознания вследствие травмы черепа. Из-за ретроградной амнезии М не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и не может давать показания о событиях перед правонарушением

Для следствия в таких случаях важно установить период, о котором потерпевший не может давать правильные показания. Для решения такого вопроса необходимы тщательно собранные материалы о поведении и состоянии лица в момент нанесения травмы и непосредственно после нее. Объективные сведения нужно сопоставить с сообщением обследуемого на экспертизе. В некоторых случаях эксперты могут отказаться от попытки точно установить период, на который распространяется амнезия после травмы.

Вопрос о времени, с которого в показаниях могут отражаться болезненные проявления, нередко возникает в случаях реактивного психоза. Реактивное состояние может привести к искажению сведений, к оговору и самоговору. О реактивном генезе некоторых оговоров и самооговоров писали Л. Я. Штиллер (1938), И. Н. Введенский, Т. И. Алфимова (1944). Обычно специального освидетельствования больных с реактивными состояниями по поводу их показаний не назначают или назначают крайне редко в отношении потерпевших с психогенным заболеванием, возникшим после происшествия.



Чаще вопрос об отношении к показаниям в связи с реактивными психозами возникает уже после установления экспертами временного болезненного расстройства психической деятельности и касается сведений, сообщенных этими лицами на предварительном следствии. Чтобы исключить дополнительную экспертизу, целесообразно указывать, с какого момента возникло психотическое состояние, не позволяющее относиться к показаниям данного лица как к показаниям психически здорового. Обычно эксперт может установить начало заболевания по материалам уголовного дела и другим данным.

У потерпевших по сексуальным делам нередко после изнасилования развивается реактивное состояние. Такая психическая травма и характерная клиническая картина дали основание для выделения так называемого синдрома травмы изнасилования в отдельный вариант психогенных состояний [Парфентьева О. В., Шостакович Б. В., 1979; Burgess W., Golmstrom L., 1974]. Эти нарушения имеют две фазы: первую — с острой бурной истерической симптоматикой с рыданиями, криками у одних больных и заторможенностью, чувством отчаяния у других, возникающую непосредственно после происшествия, вторую — затяжную с реактивной депрессией и витальной тоской, суицидальными попытками. Такие больные нуждаются в госпитализации. Чаще возникают более легкие, постепенно проходящие невротические расстройства: нарушения сна, кошмарные сновидения, страхи, астенические и самовегетативные проявления. Эти состояния четко зависят от судебно-следственной ситуации. Повторные допросы, вызовы в судебное заседание приводят к ухудшению или рецидиву состояния. В отдельных случаях возможно формирование стойкого невротического развития личности.

Перед экспертизой в таких случаях ставятся вопросы о причинении потерпевшей психической болезни, что законом рассматривается как тяжкое телесное повреждение и влияет на юридическую квалификацию содеянного.

При этом проводится комплексная судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза. Судебные психиатры отвечают на вопрос о связи психического расстройства у потерпевшей с психической травмой и о прогнозе болезненного состояния. При оценке тяжести повреждения судебные медики должны использовать категории, предусмотренные УК РСФСР (легкие, менее тяжкие, тяжкие телесные повреждения). Если возникла реактивная депрессия, требующая госпитализации, с длительным расстройством здоровья, то можно говорить о тяжелых или менее тяжелых телесных повреждениях. Так же следует расценивать и затяжное невротическое состояние и невротическое развитие личности.

В подобных случаях обычно не возникает сомнений в способности потерпевшей давать показания. Потерпевшие, как правило, дают сведения о криминальном действии до развития

явных признаков реактивного состояния. Вместе с тем возможность рецидива или ухудшения психического состояния заставляет отметить в экспертном заключении нецелесообразность дальнейшего участия потерпевшей в судебно-следственных действиях.

Обследуемая Т в 15-летнем возрасте была изнасилована группой подростков. После происшествия возникла истерическая реакция с психомоторной заторможенностью, скованностью, бессонницей, отказом от пищи, страхами (первая фаза «синдрома травмы изнасилования»). Была госпитализирована в психиатрическую больницу, где выявилась реактивная депрессия с суицидальными мыслями, идеями самообвинения. После лечения в течение 3 мес состояние улучшилось. В суде давала правильные показания, но была напряженной, «все время боялась заплакать». Насильников приговорили к небольшим срокам лишения свободы. По протесту адвоката потерпевшей дело было возвращено на доследование. В период следствия восстановились явления реактивной депрессии, потребовавшей госпитализации и лечения в течение 5 мес. После выписки возник вопрос о тяжести реактивного состояния, в связи с чем назначена комплексная экспертиза. В этот период девочка не могла полноценно учиться, плохо спала, часто плакала, высказывала мысли о нежелании жить, о необходимости перемены места жительства, так как «все знают о случившемся и смеются над ней».

Заключение Т перенесла реактивную депрессию, возникшую в результате изнасилования, обнаруживает признаки невротического развития личности, ей причинены тяжкие телесные повреждения. В связи с длительностью и малой обратимостью имеющихся расстройств дальнейшее участие Т. в судебно-следственном процессе нецелесообразно.

Комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза проводится и тогда, когда у потерпевшего развилось острое психотическое состояние в результате отравления (интоксикационный психоз), вызванного умышленным введением токсических веществ преступником с целью подавить способность к сопротивлению. При этом эксперты-психиатры решают вопрос о связи психоза с интоксикацией, а судебные медики — о тяжести повреждений, в частности об их опасности для жизни в момент возникновения болезненных расстройств [Боброва И. Н. и др., 1980; Метелица Ю. Л., 1982].

Весьма трудной является судебно-психиатрическая экспертиза при так называемых беспомощных состояниях. Вопрос о беспомощном состоянии возникает преимущественно в отношении потерпевших по делам об изнасиловании. Под беспомощным состоянием потерпевшей подразумевается невозможность в силу физического или психического дефекта понимать характер и значение совершаемых с нею действий или оказывать сопротивление. Приводящими к беспомощности считаются расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние, сильное опьянение<sup>1</sup>.

Констатация «беспомощности» относится к компетенции юристов, как окончательное признание неменяемости — к

---

<sup>1</sup> П. 6 Постановления Пленума Верховного суда СССР от 25.03.64 г. № 2 «О судебной практике по делам об изнасиловании» с изменениями, внесенными Постановлением Пленума Верховного суда СССР от 26.04.84 г. № 7 (Бюллетень Верховного суда СССР, 1964, № 3; 1984, № 4)

компетенции суда. Эксперт-психиатр может лишь ответить на вопросы о психическом состоянии потерпевшей в момент криминального действия. Выраженное слабоумие или психическое заболевание обычно установить нетрудно. Гораздо труднее ответить, могла ли потерпевшая в состоянии сильного опьянения осознавать действия обвиняемого и сопротивляться ему. В этих случаях чаще и назначается экспертиза потерпевших. При оценке беспомощного состояния потерпевшей не имеет значения, сама ли она привела себя в состояние опьянения или это произошло при побуждении другими лицами. Такие физические признаки опьянения, как выраженные нарушения походки и речи, тошнота, рвота, последующий сон, являются объективными признаками отравления алкоголем. К ним относится и обычная в таких случаях амнезия. Большое значение имеют особенности поведения потерпевшей в это время, которые позволяют оценивать ее поступки как результат обусловленного интоксикацией изменения ориентировки в окружающем и оценки происходящих событий [Шостакович Б. В., 1973]. К ним относятся несвойственная обычно потерпевшей расторможенность, сменяющаяся апатией, безразличием, безучастное отношение к совершаемым с нею действиям, отсутствие реакции на происшедшее и попыток скрыть признаки совершенного полового акта.

Обследуемая С., 23 лет, в праздничный день выпила в компании около 200 г вина и 100—150 г водки. Столько алкоголя она выпила впервые. Возвращаясь с друзьями домой, беспричинно смеялась, пела, производила впечатление очень пьяной. Свернула на тропинку в сторону своего дома. Дальнейших событий не помнит. Пришла в себя наутро дома, обнаружила грязную окровавленную одежду, чувствовала боль в области половых органов. С поняла, что была изнасилована. Кто ее изнасиловал, не знала, в дальнейшем не смогла показать место происшествия, опознать обвиняемых на очной ставке. Обвиняемые показали, что встретили С. на опушке леса, неподалеку от ее дома. Она шаталась, падала, что-то бормотала. Один из них заговорил с ней. Она ничего не отвечала и присела у стога сена. Обвиняемый сел рядом с ней, повалил ее, поднял платье и начал совершать половой акт. В этот момент С. обмочилась, и он ударил ее по лицу. С молчала, не сопротивлялась. С. вела себя так же безучастно, когда с ней совершал половой акт второй мужчина, потом что-то невнятно сказала, отошла в сторону, у нее началась рвота. Затем С. легла около стога сена и уснула.

По словам родителей, они обнаружили дочь спящей в стоге сена, привели ее домой. Она ничего не говорила, сразу же легла спать. Утром ничего не могла рассказать о происшедшем, говорила, что припоминает только, как кто-то ударил ее по лицу.

Заключение. С. находилась в состоянии выраженного алкогольного опьянения, в связи с чем не могла понимать характер совершаемых с ней действий и не могла оказывать сопротивление.

Утверждения потерпевшей о том, что она не помнит происшедшего, не всегда свидетельствуют о беспомощном состоянии в результате опьянения. Они могут быть обусловлены нежеланием дать правдивые показания по делу. Следует принимать во внимание все данные о поведении потерпевшей в состоянии опьянения. Нужно учитывать также некоторые особенности лич-

ности потерпевшей вне опьянения, ее антисоциальные установки и сексуальную просвещенность, которые могут оказывать известное влияние на поступки в состоянии опьянения. При отмеченной в материалах дела чрезмерной кокетливости, повышенном интересе к мужчине, впоследствии обвиняемому в изнасиловании, беспомощное состояние женщины во время полового сближения сомнительно. Видимо, в таких случаях скорее следует считать, что обследуемая осознавала характер совершаемых с ней действий и могла руководить своими поступками. Экспертиза так называемого беспомощного состояния потерпевших разработана еще недостаточно, она требует дальнейшего изучения и выработки более четких критериев.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших имеет специфические особенности, отличающие этот вид экспертизы от определения вменяемости и дееспособности.

## Глава 5

### ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ОСУЖДЕННЫХ

#### Психиатрическая помощь осужденным с психическими отклонениями, препятствующими отбыванию наказания

Психиатрическое освидетельствование осужденных, заболевших психической болезнью во время отбывания наказания в местах лишения свободы, а также дальнейшие медицинские мероприятия в отношении них регламентируются ст. 362 УПК РСФСР, которая гласит следующее: «В случае, когда осужденный во время отбывания наказания заболел хронической душевной или иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, суд по представлению начальника органа, ведающего исполнением наказания, на основании заключения врачебной комиссии вправе вынести определение о его освобождении от дальнейшего отбывания наказания». В связи с этим одной из основных задач психиатрической службы исправительно-трудовых учреждений являются своевременное выявление психических заболеваний, которые препятствуют отбыванию наказания осужденным, и направление таких осужденных на медицинское освидетельствование.

При выявлении психических заболеваний осужденные постановлением администрации мест лишения свободы направляются на освидетельствование, которое осуществляется медицинскими комиссиями, создаваемыми медицинской службой этих учреждений. В отдельных случаях освидетельствование осужденных может быть проведено судебно-психиатрическими экспертными комиссиями.

Психические расстройства у осужденных могут проявляться в виде хронических психических заболеваний и временных расстройств психической деятельности. В исправительно-трудовых учреждениях у осужденных может возникнуть хроническое психическое заболевание в форме шизофрении, глубоких психических расстройств в послейнсульном состоянии, эпилептических психозов с затяжным течением и т. д. Эти больные подлежат досрочному освобождению и направлению на принудительное лечение или передаче на попечение органов здравоохранения по решению суда в соответствии со ст. 362 УПК РСФСР.

В исправительно-трудовых учреждениях могут находиться больные, у которых в период следствия и суда не было распознано хроническое психическое заболевание. В одних случаях эти больные вообще не проходили судебно-психиатрическую экспертизу, в других случаях экспертные комиссии не оценили правильно жалобы и особенности поведения подэкспертных. Как правило, это больные с вялотекущими формами шизофрении, проявляющимися психопатоподобными, неврозоподобными симптомокомплексами или стертыми паранойяльными (бредовыми) расстройствами. В исправительно-трудовых учреждениях у этих больных нередко наступает обострение заболевания с выявлением более грубых психопатологических нарушений, когда диагноз уже не вызывает сомнений.

При освидетельствовании таких больных медицинские комиссии, помимо рекомендации направления на принудительное лечение, должны указать на давность заболевания и его возникновение до совершения больным противоправных деяний. В этих случаях возможно возбуждение производства по вновь открывшимся обстоятельствам.

В других случаях психические расстройства, бывшие у осужденных в момент совершения правонарушения, выражены не столь значительно, чтобы исключать возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, и были правильно оценены экспертными комиссиями. Наступившие в исправительно-трудовых учреждениях ухудшение, декомпенсация состояния под влиянием ряда внешних, в том числе и психотравмирующих факторов, нередко бывают стойкими и необратимыми. Эти лица также направляются на принудительное лечение в соответствии со ст. 362 УПК РСФСР.

Указанное касается психогенно обусловленных декомпенсаций церебрального атеросклероза, некоторых органических заболеваний ЦНС, эпилептической болезни и др.

Специального рассмотрения требует состояние больных шизофренией, которые в период следствия и суда судебно-психиатрическими комиссиями признаются вменяемыми. Экспертная практика Института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского свидетельствует о том, что большинство больных шизофренией в состоянии стойкой и длительной ремиссии во время отбывания наказания и после освобождения не обна-

руживают признаков психической дезадаптации. В случаях наступления экзацербаций, которые следует отличать от реактивных состояний, больные подлежат медицинскому освидетельствованию. Сложности медицинского заключения в этих случаях определяются необходимостью разграничивать обострения заболевания, которые возникли в период отбывания наказания, от ошибочной оценки судебно-психиатрическими экспертными комиссиями качества ремиссии в период совершения противоправного деяния. Общие положения о том, что вменяемость и возможность отбывать наказание в ряде случаев не совпадают, распространяются и на больных шизофренией, признанных вменяемыми.

При отбывании наказания у осужденных иногда возникают временные расстройства психической деятельности в форме реактивных состояний (чаще депрессивные и депрессивно-параноидные состояния), декомпенсаций и острых параноидальных реакций у психопатических личностей, психогенного учащения эпилептических припадков с появлением дисфорий, достигающих психотического уровня у больных эпилептической болезнью, и т. д. Эти больные также подлежат освидетельствованию медицинскими комиссиями, по решению которых направляются в психиатрические больницы мест лишения свободы до выздоровления. После лечения они продолжают отбывать наказание.

Следовательно, при решении вопроса о направлении на принудительное лечение психиатры должны установить характер заболевания, нозологическую его принадлежность, тяжесть и прогноз.

В случаях совершения осужденными в период отбывания наказания общественно опасных действий и возникновения сомнений в их психическом здоровье назначается судебно-психиатрическая экспертиза, перед которой ставятся вопросы как о вменяемости, так и о возможности отбывать наказание. Решение этих вопросов может быть различным.

Если такой осужденный заболел хроническим психическим заболеванием, то его следует признавать невменяемым в отношении инкриминируемого ему деяния и выносить заключение о невозможности им отбывать наказание в соответствии со ст. 362 УПК РСФСР. При временном расстройстве психической деятельности в момент совершения противоправного деяния осужденный признается невменяемым, но при этом выносится заключение о его возможности после выздоровления отбывать наказание по предыдущему уголовному делу. Меры медицинского характера в первом случае определяются особенностями психического состояния и общественной опасностью больного, во втором — рекомендуется принудительное лечение в психиатрической больнице специального типа с последующим, после выздоровления, возвращением в исправительно-трудовые учреждения для отбывания наказания по первому преступлению.

## **Психиатрическая помощь осужденным с психическими отклонениями, не препятствующими отбыванию наказания**

Следующей задачей медицинской службы исправительно-трудовых учреждений являются лечебные и профилактические мероприятия в отношении осужденных с психическими нарушениями, не исключающими вменяемости и не препятствующими отбыванию наказания. Эта группа осужденных состоит из психопатических личностей, лиц, имеющих резидуальные явления органических поражений головного мозга (в том числе и черепно-мозговых травм), страдающих легкими формами олигофрении и эпилепсии, а также осужденных с признаками хронического алкоголизма.

Сведения об особенностях психического состояния этих лиц содержатся в медицинской документации (в том числе в актах судебно-психиатрической экспертизы, проведенных в период следствия и суда), а также выявляются при обследовании осужденных врачами медсанчасти исправительно-трудовых учреждений. Лица с психическими нарушениями (так называемыми психическими аномалиями) должны состоять на диспансерном учете в медсанчасти, где они получают при необходимости соответствующее лечение.

Данный контингент осужденных, как правило, нуждается не в стационарном лечении в психиатрических отделениях, а в специальной амбулаторной помощи и соответствующей работе по коррекции поведения. В исправительно-трудовых учреждениях у этих лиц легко развиваются декомпенсации, не достигающие психотического уровня. Они проявляются в усилении и заострении психопатических черт с появлением агрессивных и аутоагрессивных тенденций, в утяжелении психоорганических симптомокомплексов, учащении припадков у больных эпилепсией, психогенно обусловленном усилении и утяжелении психических проявлений церебрального атеросклероза и гипертонической болезни. Страдающие легкой олигофренией в состоянии декомпенсации обнаруживают растерянность и дезадаптацию.

Указанные состояния в одних случаях амбулаторно купируются лекарственными средствами, в других требуют создания более благоприятных условий труда с учетом особенностей психических отклонений. Осужденные с олигофренией не могут направляться на работу у конвейеров, лица с последствиями черепно-мозговых травм и гипертонической болезнью — в шумные цеха и т. д.

Создание благоприятных условий труда для указанных лиц не означает смягчения режима и ослабления дисциплины, что может способствовать формированию рентных установок, установок на болезнь, склонности к нарушениям режима. Профилактические мероприятия должны быть направлены на активное вовлечение этих лиц в трудовую деятельность с повышением образовательного и профессионального уровня.

Если ухудшения состояния достигают степени психической болезни, то их расценивают как временные расстройства психической деятельности, требующие стационарного лечения в психиатрических больницах мест лишения свободы.

Осужденные, которым экспертными комиссиями рекомендовалось принудительное лечение по поводу хронического алкоголизма, в соответствии со ст. 62 УК РСФСР, подлежат принудительному лечению в наркологических отделениях медсанчастей исправительно-трудовых учреждений. Лечение проводится в соответствии со стадиями и формами алкогольной болезни и особенностями сопутствующих соматоневрологических нарушений.

## Глава 6

### МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

#### Общественно опасные действия психически больных

Действующее уголовное законодательство устанавливает, что лица, совершившие противоправные действия в неизменяемом состоянии, обусловленном болезнью, не являются преступниками и не подлежат наказанию. Сохраняя объективные свойства преступления — общественную опасность вследствие причинения вреда (ущерба) социалистическому правопорядку, их действия лишены его субъективной стороны — вины, поскольку психическая болезнь лишает неизменяемого способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Психически больным нельзя вменить в вину общественно опасные действия и применить к ним соответствующие меры наказания. Последнее было бы неадекватно существу совершенных больными деяний, не соответствовало бы своим целям и противоречило бы принципам гуманизма. Опасные действия психически больных во многом определяются особенностями психопатологических расстройств. Вместе с тем не всегда существуют прямые причинно-следственные связи между симптомами болезни и характером опасных действий. Совершаемые под влиянием бредовых идей или повелительных галлюцинаций убийства или другие агрессивные действия находятся в несомненной причинно-следственной связи. Однако неизменяемые психически больные могут совершать и «корыстные» опасные действия, в том числе принимать участие в групповых хищениях или мошенничестве.

При психических заболеваниях поведение больных определяется психопатологическими факторами. Из этого следует,



что болезнь нарушила способность неменяемого отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Взаимосвязь психопатологической симптоматики с опасными действиями психически больных в одинаковой мере интересует и психиатров, и юристов. Изучение этого вопроса необходимо для понимания патологических механизмов опасных действий, их болезненной мотивации, для определения степени опасности больных, чтобы в конечном итоге осуществить профилактику их противоправных действий.

Наиболее важное значение в генезе опасных действий, совершаемых больными, как по частоте, так и по сущности имеют такие психопатологические факторы, как бредовые синдромы, импульсивные побуждения, императивные галлюцинации, двигательное возбуждение. Указанные психопатологические состояния обуславливают главным образом агрессивные действия психически больных (общественно опасные действия, направленные против жизни и здоровья личности, хулиганство). Опасность таких поступков увеличивается в зависимости от синдромального оформления и динамики болезни. Так, установлено, что сочетание бредовых идей преследования и физического воздействия с аффективной напряженностью или нарастающей эмоциональной тупостью, появление в структуре персекуторного бреда аффекта тревоги и страха представляют повышенную опасность. Нередко состояния помрачения сознания с психомоторным возбуждением и аффектом страха, а также с фрагментарными бредовыми идеями могут приводить к нецеленаправленному буйству, разрушительным действиям и нападениям на окружающих.

Бредовые синдромы являются наиболее «криминогенными» в периоды обострения заболевания с признаками усложнения клинической картины, трансформации паранойяльного бреда в параноидный и формирования синдрома психического автоматизма с чувством утраты произвольности процесса мышления и ощущением сделанности и принужденности мыслей.

Клинико-психологический анализ мотивации общественно опасных действий больных параноидной шизофренией показал, что можно различать прямую бредовую мотивацию, включающую бредовую защиту, преследование мнимых преследователей, месть и борьбу, и косвенную мотивацию, при которой бредовая фабула опосредованно влияет на поступки больных. Наиболее опасные действия совершаются при прямой бредовой мотивации [Шостакович Б. В. и др., 1977; Шипковенски Н., 1973].

В психопатологических механизмах опасных действий отражается также негативная симптоматика, роль которой далеко не однозначна. Такие негативные расстройства, как обеднение или утрата высших эмоций, интеллектуальное снижение, увеличивают общественную опасность больного, способствуя особой жестокости насильственных и агрессивных действий. Про-

явления дефекта приводят к снижению психической активности, к потере социальных связей и социальной дезадаптации больных, что может сказываться в таких нарушениях правопорядка, как кражи и бродяжничество.

В ряде случаев невменяемости прямая причинно-следственная связь между симптомами болезни и опасным действием отсутствует. В генезе опасных действий приобретают решающее значение внешние отрицательно действующие условия. Выяснение роли внешних социально-бытовых факторов в механизмах опасных действий наряду с четким представлением об особенностях психопатологических состояний важно для понимания причин и условий, способствующих совершению противоправных деяний, для назначения, проведения и прекращения мер медицинского характера и последующей реадaptации больных во внебольничных условиях.

Определенное значение имеют преморбидные особенности личности больного со свойственными ей социально-психологическими установками. Антисоциальные формы поведения, отмечавшиеся до заболевания, часто проявляются и в периоды ремиссии, что приводит к совершению повторных опасных действий.

Значение преморбидных асоциальных установок в опасном поведении психически больных подчеркивается рядом исследователей.

Ф. В. Кондратьев (1973, 1985) показал, что психически больные, у которых отмечались противоправные поступки в доболезненном периоде, чаще совершают опасные действия, чем больные с социально положительным поведением до начала заболевания. Эти данные имеют определенное значение для понимания механизмов общественно опасных действий больных, особенно при психопатоподобной шизофрении, распространенность которой в связи с патоморфозом психических заболеваний возрастает [Морозов Г. В., 1982, и др.].

Подчас противоположное значение могут иметь сохранные элементы психической деятельности больного (прошлые навыки и знания, упорядоченное поведение, относительная сохранность контактов с окружающими, способность к целенаправленной деятельности). Эта «частичная психическая сохранность» способствует лучшей социальной реабилитации больного, но иногда может повышать общественную опасность.

Для суждения о социальной опасности больного, совершившего опасное действие в состоянии невменяемости, эксперты-психиатры должны располагать объективными анамнестическими данными, сведениями, характеризующими поведение больного до правонарушения, во время его совершения и после него, знать обстоятельства дела. Для оценки степени общественной опасности больного и выбора мер медицинского характера имеют значение подробные обстоятельства совершения опасных деяний, мотивы и психопатологические механизмы, обусловив-

шие само действие, и признаки, свидетельствующие о возможности повторного совершения общественно опасных поступков. В случаях групповых правонарушений необходимы выяснение роли в них больного и оценка данных о связях больного с анти-социальными элементами, с соучастниками.

Особое значение имеют повторные общественно опасные действия психически больных. Специальное изучение таких случаев выявляет в их генезе сочетание собственно психопатологических факторов и различных внешних воздействий.

К психопатологическим механизмам совершения повторных опасных действий относятся обострения болезни с активизацией бредовой и галлюцинаторной симптоматики, возникновением явлений психического автоматизма. В профилактике повторных общественно опасных действий особое значение имеют своевременная госпитализация в психиатрические стационары, проведение активной дифференцированной терапии, предупреждение преждевременной выписки больных из психиатрических больниц и последующее амбулаторное лечение.

К совершению повторных опасных действий нередко приводит злоупотребление алкогольными напитками психически больными и нарушения поведения в состоянии опьянения. Большое значение имеет социально-бытовая неустроенность психически больных и недостаточный надзор за ними со стороны их родственников и опекунов.

Различное сочетание указанных факторов определяет и разнообразие повторных опасных действий. В одних случаях эти действия совершаются по типу «клише», что характерно для больных со стабилизированными дефектными состояниями. Сходными бывают и объекты посягательства (например, при бреде ревности). В других случаях и фабула опасного действия, и его психопатологические механизмы могут отличаться от предыдущего. Это происходит в связи с обострением состояния и усложнением клинической картины или сменой синдромов более легких регистров более генерализованными.

В значительной части повторных опасных действий можно обнаружить недостаточно активное наблюдение за больными и их лечением. Это касается несвоевременной госпитализации при рецидивах болезни, социально-бытового неустройства и отрицательного влияния неблагоприятной микросреды.

При этом следует учитывать, что «криминогенность», склонность к совершению агрессивных и аутоагрессивных действий, существует у психически больных непостоянно и может то усиливаться, то затухать в зависимости от течения заболевания и эффективности лечения.

Помимо особенностей клинической картины психических заболеваний, при совершении больными опасных действий имеют значение течение заболевания, темп развития болезненного процесса. Острое, бурное или медленное, постепенное, начало болезни и ее последующая динамика определяют различное по-

ведение больных и соответственно разный характер совершаемых ими опасных действий. На различных стадиях заболевания по-разному проявляется роль неблагоприятных микросоциальных факторов, алкоголизации и ситуационно-психогенных воздействий, в частности так называемых малых психогений, которые то в большей, то в меньшей мере способствуют совершению больными опасных действий.

В процессе изучения опасных действий психически больных возникает вопрос о том, не характерны ли те или иные деяния (убийства, садизм, хищения и т. п.) для определенных заболеваний.

Большой опыт судебно-психиатрической экспертизы показал, что в отношении большинства опасных действий какого-либо предпочтения и сродства между опасными действиями и нозологическими формами не наблюдается. Эти данные подтверждены методом многофакторного корреляционного анализа. Процентное соотношение видов «преступлений» оказалось приблизительно одинаковым при шизофрении, эпилепсии и органических заболеваниях мозга.

Более того, больные различными психическими заболеваниями, совершающие опасные действия, характеризуются во многом общими признаками: более ранним началом заболевания, часто на фоне личностных аномалий, повышенной аффективностью, а также невысокими интеллектуальными запросами и снижением социальной чувствительности [Шумаков В. М., 1983].

Значительно более существенна корреляция между психопатологическим состоянием больного к моменту совершения опасного действия и характером антиобщественного деяния. Эпидемиологические исследования [Шумаков В. М. и др., 1981] выявили закономерную зависимость частоты разного рода опасных действий от состояния больного к моменту их совершения: с психопатоподобными состояниями связано большинство нарушений порядка, хулиганских и корыстных действий; насильственные опасные действия чаще совершаются больными с преобладанием бредовых и галлюцинаторных расстройств; суицидальные попытки особенно часты при острых состояниях с депрессивным аффективным компонентом. Несмотря на описанные корреляции, следует учитывать, что больные с однотипными клиническими состояниями могут иметь разную общественную опасность в зависимости от влияния многих других факторов. Комплексная оценка общественной опасности психически больного в каждом конкретном случае на том или ином отрезке времени должна быть сугубо индивидуальной.

Индивидуальная оценка состояния больного и его опасности для себя и окружающих во многом зависит от личного опыта врачей и полноты информации о больном и его окружении.

## **Профилактические мероприятия органов здравоохранения в отношении общественно опасных действий психически больных**

Предупреждение опасных действий психически больных является не только медицинской, но и серьезной социальной проблемой, в разрешении которой участвуют психиатры, юристы, работники органов Министерства внутренних дел СССР и прокуратуры. В целях профилактики общественно опасных поступков нужны не только изоляция и лечение психически больных, но и последующие мероприятия по их реадaptации и устранению факторов и условий, способствующих общественно опасным действиям.

Профилактика общественно опасных действий психически больных осуществляется в первую очередь системой психиатрической помощи при содействии органов милиции.

Предупреждение первичных общественно опасных действий сводится к своевременному выявлению, систематическому наблюдению и лечению больных. Основной предпосылкой для этих мероприятий является широкая сеть психоневрологических диспансеров и стационаров.

Важное место занимают социальная реабилитация психически больных, их адекватное включение в общественную среду и трудоустройство. Одним из важнейших звеньев предупреждения опасных действий психически больных стал введенный по инициативе Института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского повсеместный учет психически больных, представляющих общественную опасность. Во всех психоневрологических диспансерах, отделениях и кабинетах заведены картотеки на больных с общественно опасными тенденциями или действиями. Специальному учету в качестве социально опасных подлежат те, кто ранее привлекался к уголовной ответственности, находился на принудительном лечении в связи с совершенным опасным действием, больные, подвергавшиеся неотложной госпитализации в связи с общественной опасностью, а также впервые обнаруживающие общественно опасные тенденции по данным психиатрического наблюдения. За указанным контингентом больных предусматривается активное наблюдение с периодическим осмотром не реже одного раза в месяц.

Надзор за больными, состоящими на специальном учете, осуществляется совместно с органами милиции, которые должны информировать участкового психиатра об изменении состояния больного, алкогольных эксцессах и т. д.

В некоторых крупных регионах организованы специальные кабинеты по предупреждению общественно опасных действий психически больных при республиканских и областных психоневрологических диспансерах для наблюдения за больными, представляющими общественную опасность [Числов А. В., 1983].

Существенным требованием действующей системы профилактики является запрещение выписки больных из психиатрических стационаров на попечение родственников и опекунов, если больные представляют общественную опасность. Отказы родственникам и опекунам в просьбах о выписке больных оформляются специальным заключением врачебной комиссии.

Важной мерой профилактики является неотложная госпитализация психически больных, представляющих общественную опасность. Правовым основанием такой госпитализации является ст. 36 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, согласно которой специальные меры профилактики и лечения психически больных, представляющих опасность для окружающих, возлагаются на органы здравоохранения. Эта мера профилактики регламентирована «Инструкцией по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность», утвержденной Министерством здравоохранения СССР 26.08.71 г. и согласованной с Министерством внутренних дел СССР и Прокуратурой СССР.

Неотложная госпитализация в соответствии с данной инструкцией определяется общественной опасностью больного, обусловленной особенностями его болезненного состояния. Перечень показаний к неотложной госпитализации приведен в инструкции (синдромы систематизированных бредовых идей, с которыми связано общественно опасное поведение больного; ипохондрические бредовые состояния, обуславливающие агрессивное отношение больного к окружающим; острые психотические состояния с психомоторным возбуждением при склонности к агрессивным действиям и т. д.).

При анализе причин неотложной госпитализации психически больных по признакам социальной опасности Р. D. Wegner с соавт. (1984) отмечают состояния, характеризующиеся враждебностью к окружающим, ажитацией и подозрительностью, а также агрессивные действия в анамнезе.

Для обеспечения правовых гарантий больных в инструкции указано, что непсихотические формы психических аномалий не могут служить основанием для неотложной госпитализации (аффективные реакции и антисоциальные формы поведения у лиц с психопатическими чертами характера или нерезко выраженными последствиями травм мозга). Не подлежат госпитализации и такие лица, опасное поведение которых лишь вызывает подозрение на психическую болезнь, но она не является очевидной. При задержании органами охраны общественного порядка в связи с опасным для окружающих поведением эти лица подлежат направлению на экспертное психиатрическое (судебно-психиатрическое) освидетельствование в порядке, установленном уголовно-процессуальным законодательством.

В необходимых случаях психически больной, состоящий под наблюдением психиатров, может быть неотложно госпитализи-

рован и без согласия родственников, опекунов или иных окружающих его лиц. Непосредственное осуществление госпитализации возлагается на медицинских работников по указанию тех психиатров, в обязанности которых входит помещение больных в психиатрические больницы (врачи неотложной психиатрической помощи, диспансеров и др.). В районах, где отсутствуют специальные психиатрические учреждения, неотложную госпитализацию проводят врачи общемедицинской сети, обычно осуществляющие помощь психически больным. Учитывая возможность агрессии, угрожающей здоровью и жизни медицинских работников и других окружающих больного лиц, местные органы милиции обязаны оказывать содействие в неотложной госпитализации при обращении к ним медицинских работников, осуществляющих госпитализацию.

Инструкция регламентирует также порядок стационарирования и выписки больных, помещенных в психиатрические больницы в порядке неотложной госпитализации, предусматривая в течение суток освидетельствование врачебной комиссией с целью определения психического состояния больного и правомерности этих мероприятий. Эти больные в период их пребывания в больнице подлежат обязательному переосвидетельствованию комиссией в составе 3 психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о необходимости их дальнейшего стационарного лечения.

#### **Меры медицинского характера, применяемые в отношении невменяемых**

В соответствии со ст. 11 УК РСФСР и аналогичными статьями УК союзных республик уголовной ответственности не несет лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Ст. 58 УК РСФСР в качестве таких мер предусматривает помещение в психиатрические больницы общего или специального типа. С. Я. Улицкий (1973) подчеркивает, что принудительные меры медицинского характера, как и уголовное наказание, представляют собой меру государственного принуждения, которую назначает суд. Однако между ними существуют серьезные различия. Наказание применяется к виновным в совершении преступления, принудительные меры медицинского характера — к психически больным, представляющим социальную опасность вследствие психического заболевания и совершения ими общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом. Меры медицинского характера лишены карательных признаков и не влекут судимости. Лица, подвергнутые лечению, в отличие от осужденных не могут быть амнистированы или помилованы.

Согласно ст. 59 УК РСФСР, больные в соответствии с их общественной опасностью направляются в психиатрические боль-

ницы различных типов. Ст. 60 УК РСФСР регламентирует отмену принудительного лечения с указанием, что оно прекращается в случае выздоровления или такого изменения характера заболевания, при котором отпадает необходимость в применении этих мер.

Процессуальными нормами предусматривается особое судопроизводство по назначению и отмене принудительного лечения. При этом одним из важных положений является судебное разбирательство с обязательным участием прокурора и защитника с целью доказывания совершенного общественно опасного деяния и выбора вида принудительного лечения. Судебно-психиатрическая экспертная комиссия в своих заключениях лишь рекомендует вид принудительного лечения, его определение входит в компетенцию суда. Этим гарантируется защита прав больного. К таким же правовым гарантиям относится обязательное освидетельствование психического состояния лица, находящегося на принудительном лечении, один раз в 6 мес с целью выяснения вопроса об отмене или продолжении принудительного лечения.

На основании положений УК и УПК РСФСР в 1967 г. разработана ныне действующая Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные действия.

Согласно ст. 59 УК РСФСР, в психиатрическую больницу специального типа помещаются психически больные, представляющие особую опасность для общества по своему психическому состоянию и характеру содеянного. Критерии назначения того или иного вида принудительного лечения основаны на различиях режимов содержания больных, неоднотипных реабилитационных мероприятиях и других особенностях больниц разных типов.

При выборе вида принудительного лечения следует исходить из того, что социальная опасность психически больных зависит от их психического состояния, течения заболевания, его прогноза, так называемых показателей клинического профиля, и от особенностей совершенных опасных действий, их повторности, т. е. показателей социального порядка. Очевидно, что во многом эти критерии взаимосвязаны и взаимообусловлены, но для удобства изложения их можно условно разделить на социальные и клинические показатели выбора вида принудительного лечения.

Необходимо подчеркнуть, что в соответствии со ст. 403 УПК РСФСР принудительное лечение назначается неменяемым в том случае, «если эти лица по характеру совершенного ими деяния и своему психическому состоянию представляют опасность для общества». Ст. 410 УПК РСФСР устанавливает возможность неприменения принудительного лечения при отсутствии признаков указанной опасности. В таких случаях суд из-



вещает о больном органы здравоохранения. Последние могут направить его на лечение в психиатрическую больницу на общих основаниях или под наблюдение психоневрологического диспансера. В случаях отсутствия социальной опасности показания к госпитализации и выписке соответствуют обычно принятым в психиатрии независимо от деяния больного и без судебной процедуры. Эти варианты лечения психически больных в психиатрических больницах не являются по отмеченным выше соображениям «принудительным лечением», но тоже относятся к профилактике повторных общественно опасных действий больного.

Согласно ч. 3 ст. 59 УК РСФСР, лица, помещенные в психиатрическую больницу специального типа, содержатся под усиленным надзором, который исключает повторное общественно опасное действие.

Одним из условий, способствующих предупреждению повторных общественно опасных действий при принудительном лечении в специальных психиатрических больницах, является возможность более длительного содержания в них больных. В Болгарии этот срок составляет в среднем 3, 4 года, в Англии — 6 лет, а в штате Нью-Йорк в США он достигает 21,7 года [Дончев П., 1981]. Очевидно, что сроки, исчисляемые десятками лет, не оправданы. Они не отвечают целям лечения, приводят к госпитализму, разрыву отношений с родственниками, что без сомнения затрудняет адаптацию больных после прекращения принудительного лечения.

П. М. Рыбкин (1978) отмечает, что наиболее важным критерием для принудительного лечения в специальных психиатрических больницах остается тяжесть совершенного деяния, далее идут сочетание тяжести психического состояния и тяжести опасного действия и тяжесть психического состояния при любом общественно опасном действии. Эти сведения подтверждают особую важность социальных показателей для выбора вида принудительного лечения. Из невменяемых больных направляются на принудительное лечение в специальные больницы около 15%, в общие — 65—70%. Остальные 15—20% экскульпированных больных лечатся на общих основаниях или под наблюдением районного психиатра [Боброва И. Н., Мохонько А. Р., 1979]. Из этого следует, что в специальные больницы направляется наиболее тяжелый контингент больных, поэтому обоснование мер медицинского характера приобретает особое значение.

К социальным показаниям к назначению принудительного лечения в психиатрических больницах специального типа относится прежде всего тяжесть совершенного общественно опасного действия. В основном это посягательство на жизнь и здоровье, половые деликты. Очевидно, что не все психически больные, совершившие такие деяния, подлежат направлению в специальные больницы, но судебными инстанциями этот показатель расценивается как важнейший.

Далее следуют повторность и многократность общественно опасных действий, зачастую не столь тяжких; при этом обычно предыдущее принудительное лечение оказывается малоэффективным. В ряде случаев имеются тяжкий криминальный анамнез и трудности содержания больных в общих больницах из-за постоянной агрессии против персонала.

Однако главной в выборе вида принудительного лечения остается клиническая картина заболевания, поэтому остановимся на некоторых клинических показателях для направления на принудительное лечение в психиатрические больницы.

**Галлюцинаторно-бредовые синдромы.** При шизофрении, алкогольных психозах, эпилепсии, органических поражениях головного мозга больные с данными синдромами нуждаются в направлении в специальную психиатрическую больницу, если есть высокая аффективная охваченность, полная подчиненность поведения бредовым переживаниям, направленность бредовых идей против определенных лиц и явное влияние галлюцинаций на поведение. Когда в структуре галлюцинаторно-бредовых синдромов преобладают признаки нарастающего дефекта, а монотематичность и концентрация бреда сменяются политематичностью и расплывчатостью бредовых переживаний, следует рекомендовать направление таких больных в общие психиатрические больницы.

**Синдромы помрачения (расстройства) сознания.** В первую очередь речь идет о повторных сумеречных расстройствах сознания при эпилепсии и органических поражениях центральной нервной системы. Возможность рецидива с тяжелой агрессией требует помещения больного в психиатрическую больницу специального типа, особенно в случаях с нарастающей деменцией и брутальностью аффекта. Эпизодические расстройства сознания, особенно по типу исключительных состояний у относительно психически полноценных людей, позволяют применять принудительное лечение в общей психиатрической больнице и даже в отдельных случаях ограничиться лечением на общих основаниях или наблюдением в психоневрологическом диспансере.

**Психопатоподобные синдромы.** Психопатоподобные расстройства органического или шизофренического генеза с возбудимостью, эксплозивностью, недержанием аффекта, снижением критики, подчеркнутым пренебрежением к социальным нормам, что обычно связано с трудностями адекватной оценки ситуации, своих возможностей и способностей, зачастую приводят к антиобщественным поступкам. Социальная опасность таких лиц усугубляется склонностью к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, участию в антисоциальных группах. Выбор мер медицинского характера в отношении таких больных очень сложен. С одной стороны, отсутствие бредовой и иной психотической продуктивной симптоматики и соответственно болезненной мотивации поведения говорит об их относительно небольшой социальной опасности, с другой — эти же признаки мешают

адекватному выбору терапии, а сами по себе расстройства поведения являются малокурабельными. Представляется, что при повторных общественно опасных действиях следует рекомендовать направлять таких больных в специальные больницы.

**Синдромы, сопровождающиеся эмоционально-волевым и интеллектуальным дефектом.** Дефектные состояния при шизофрении, различные варианты врожденного и приобретенного слабоумия, психоорганический синдром (в случаях преобладания нарушений памяти и интеллекта над аффективными расстройствами) являются показаниями для помещения больных на принудительное лечение в общие психиатрические больницы.

Больные, находящиеся на принудительном лечении, должны обслуживаться большим количеством медицинского персонала, чем обычные психиатрические пациенты, для предотвращения нарушений режима, различных внутрибольничных эксцессов и побегов. Таким больным необходимы активная фармакотерапия, вовлечение в разнообразные лечебно-трудовые мероприятия и внутрибольничная социальная реабилитация.

Существенными моментами реабилитации этих больных являются не только выработка привычки к систематическому труду и коррекция поведения, но и восстановление и укрепление положительных социальных связей с родственниками и близкими. За время принудительного лечения должны быть решены такие социально-бытовые задачи, как установление инвалидности, оформление пенсии, улучшение жилищных условий и т. д. В необходимых случаях над больным учреждают опеку. Нужно заблаговременно установить связь с учреждениями внебольничной психиатрической помощи, под наблюдение которых поступят больные после выписки из больницы.

Вопрос о прекращении принудительного лечения, включающий в себя клинический и социальный прогнозы, остается наиболее сложным и ответственным. Принцип принудительного лечения требует не допускать преждевременной выписки больных.

Показанием к отмене принудительного лечения является устранение общественной опасности больного, обусловленной психическими нарушениями. Принудительное лечение прекращают в связи с выздоровлением больного, стойким улучшением его психического состояния (ремиссия) или таким изменением психического состояния, которое свидетельствует об устранении опасности для общества и для самого себя (нарастание вялости, апатии, угасание бредовых идей вследствие формирования дефекта психики).

При улучшении состояния больного в первую очередь необходимо убедиться в стойкости улучшения и редукции тех психопатологических феноменов, с которыми было связано общественно опасное действие (конкретная направленность бредовых идей, окрашенных отрицательными эмоциями, наличие

психических автоматизмов и т. д.). Важно отделить подлинную дезактуализацию бреда от его диссимуляции. Если в прошлом возникали острые кратковременные психотические состояния (например, типа сумеречных), то необходимо добиться их значительного урежения, а главное исчезновения компонентов агрессии. Этим далеко не исчерпываются основания для отмены принудительного лечения. Во всех случаях улучшения необходимо убедиться в появлении у больного критического отношения к своему болезненному состоянию и совершенному действию, в упорядоченном поведении, активном участии в реабилитационной программе и существовании реальных планов на будущее.

Чтобы избежать преждевременной выписки больного, нужно исключить возможность диссимуляции актуальных для больного бредовых переживаний или убедиться в устойчивости наступившей ремиссии. Рекомендуются двухступенчатая выписка больного из специальных больниц: сначала перевод для продолжения принудительного лечения в общую больницу и лишь затем прекращение принудительного лечения.

При отмене принудительного лечения важно учитывать условия, в которые попадает больной после выписки, и его отношения с лицами ближайшего окружения. Это одна из серьезных задач психиатрической помощи, особенно в отношении больных, состоящих на специальном учете в качестве социально опасных. Иногда для лучшей адаптации больных в обществе целесообразно после отмены принудительного лечения оставлять их на лечении на общих основаниях, во время которого можно давать пробные отпуска, разрешать свободный выход из отделения и др.

#### **Меры медицинского характера в отношении лиц, заболевших душевной болезнью после совершения опасного действия**

Если обвиняемый заболел психически после правонарушения, но до вынесения приговора, то он в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР и аналогичными статьями законодательства других республик подлежит направлению на принудительное лечение до выздоровления. После выздоровления такое лицо может предстать перед судом и нести ответственность. Клинические показания выбора вида принудительного лечения и процессуальные принципы его назначения и отмены в этих случаях не отличаются от принудительного лечения невменяемых.

Ч. 2 ст. 11 УК РСФСР применяется только к лицам, совершившим криминальные действия в состоянии вменяемости. В связи с этим экспертное решение относительно несложно в случаях временных расстройств психической деятельности после привлечения к ответственности, в период следствия. Это могут быть алкогольные психозы, психогенные состояния, деком-

пенсации психопатии, заканчивающиеся, как правило, выздоровлением, после которого лицо, подвергшееся принудительному лечению, может вновь участвовать в проведении судебно-следственных действий.

Сложнее обстоит дело, если после совершения общественно опасного действия у обвиняемого возникло хроническое психическое заболевание. Квалификация такого расстройства, выяснение его прогноза возможны лишь в процессе принудительного лечения, иногда достаточно длительного. В случаях убедительной констатации хронического течения психического заболевания с необратимым дефектом личности эксперты должны обосновать заключение о невозможности такого лица предстать перед судом и следствием, неспособности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В таких случаях в заключении необходимо указывать, что лицо заболело хроническим психическим заболеванием после криминальных действий и в соответствии со ст. 410 УПК РСФСР нуждается в применении мер медицинского характера.

В ряде случаев психическое расстройство, возникшее после привлечения к ответственности и выявленное при судебно-психиатрической экспертизе, препятствует достоверной оценке психического состояния обвиняемого в период совершения общественно опасного действия. Заключение о вменяемости при этом вынести затруднительно. Обычно это наблюдается при атипичных реактивных психозах, реже при декомпенсациях психопатий и органических поражениях головного мозга. Для решения экспертных вопросов необходимо длительное наблюдение и лечение. После выхода подэкспертного из болезненного состояния судебно-психиатрическая экспертиза может установить истинный характер психических расстройств и вменяемость. Ст. 195 УПК РСФСР позволяет приостанавливать следственные действия в связи с болезнью обвиняемого. В связи с этим положением эксперты нередко выносят заключение о необходимости направления заболевшего психическим расстройством обвиняемого на лечение до выхода из болезненного состояния с последующим проведением экспертизы. Такой подход предусматривается постановлением Президиума Верховного Совета СССР от 13.06.85 г., в котором указано, что если в процессе предварительного следствия или судебного разбирательства установлено временное расстройство психической деятельности, препятствующее определению психического состояния лица во время совершения общественно опасного действия, то к такому лицу могут быть применены меры медицинского характера. Выбор вида принудительного лечения в таких случаях определяется особенностями психического состояния подэкспертного.

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

### Понятия правоспособности, дееспособности, недееспособности

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе имеет весьма важное значение, поскольку направлена на защиту гражданских прав и интересов психически больных участников гражданского процесса.

Этот вид освидетельствования в практике советской судебно-психиатрической экспертизы встречается реже, чем решение вопроса о вменяемости, но в последние годы его проводят в большем числе случаев.

Неотъемлемой частью советского гражданского законодательства является вопрос о правоспособности. Согласно закону, правоспособность граждан рассматривается как их «способность иметь гражданские права и обязанности (гражданская правоспособность)», признается в равной мере за всеми гражданами (ст. 9 ГК РСФСР) с момента их рождения и сохраняется за ними на протяжении всей жизни вне зависимости от возможности осуществлять предоставленные законом права.

Содержание правоспособности регламентируется ст. 10 ГК РСФСР, которая гласит: «Граждане могут в соответствии с законом иметь имущество в личной собственности, право пользоваться жилыми помещениями и иным имуществом, наследовать и завещать имущество, избирать род занятий и место жительства, иметь права автора произведения науки, литературы и искусства, открытия, изобретения, рационализаторского предложения, а также иметь иные имущественные и личные неимущественные права».

Понятие правоспособности тесно связано с понятием дееспособности. Под дееспособностью закон понимает «способность гражданина своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности» (ст. 11 ГК РСФСР).

Дееспособность возникает в полном объеме лишь по достижении совершеннолетия, т. е. с 18-летнего возраста (ст. 8 Основ гражданского законодательства Союза ССР и союзных республик). Связывая возникновение дееспособности в полном объеме с наступлением совершеннолетия, закон исходит из того, что к этому возрасту человек достигает психической зрелости и приобретает жизненный опыт, которые достаточны, чтобы правильно понимать и регулировать свои поступки. Если совершеннолетний гражданин вследствие болезненных нарушений психики лишается способности к правильному пониманию и регулированию своего поведения, то он вместе с тем лишается возможности самостоятельно осуществлять свои гражданские

права и обязанности. Таким образом, дееспособность в качестве обязательной предпосылки предполагает такое психическое состояние субъекта, которое обеспечивает ему способность понимать значение своих действий и руководить ими. Психическое расстройство, исключая в ряде случаев такую способность, указывает на отсутствие дееспособности.

Критерии недееспособности психически больных определены в гражданских кодексах союзных республик. В ст. 15 ГК РСФСР говорится: «Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным».

Многообразие психических заболеваний, различная степень и глубина нарушений психики при них обуславливают выделение медицинского и юридического критериев недееспособности.

Медицинский критерий объединяет в обобщенных понятиях «душевная болезнь» и «слабоумие» все формы встречающихся болезненных психических расстройств. «Душевная болезнь» включает самые различные по симптоматике и течению психические заболевания, приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям. «Слабоумие» объединяет состояния глубокого обеднения всей психической деятельности. В обоих случаях возникает выраженное нарушение или невозможность социального приспособления.

Юридический критерий — неспособность понимать значения своих действий или руководить ими — определяет глубину (тяжесть) психического расстройства, которая лишает большого возможности самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности.

Для признания лица недееспособным необходимо совпадение медицинского критерия с юридическим. Последний и определяет собственно судебно-психиатрическую оценку. Таким образом, установление диагноза психического заболевания еще не является достаточным основанием для признания лица недееспособным. Решающее значение в этих случаях принадлежит степени и глубине психических расстройств, определяющих недееспособность психически больных, т. е. юридическому критерию.

Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав на обладание имуществом, на его наследование по завещанию и т. п., но вступать в права наследования, дарить, продавать они могут лишь через посредство своего опекуна. Признание гражданина недееспособным осуществляется только судом в порядке, предусмотренном гражданскими процессуальными кодексами союзных республик.

Согласно ст. 258 ГПК РСФСР, ходатайствовать перед судом о признании психически больного недееспособным могут члены его семьи, профсоюзные и общественные организации, проку-

пор, органы опеки и попечительства, психиатрические лечебные учреждения. В заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у него психического расстройства, вследствие которого гражданин не может понимать значения своих действий и руководить ими. Дела данной категории рассматриваются с обязательным участием прокурора и органа опеки и попечительства. Вызов в судебное заседание самого больного определяется состоянием его здоровья (ст. 261 ГПК РСФСР). Суд при наличии достаточных данных о психической болезни или слабоумии гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу.

В исключительных случаях, когда психически больной уклоняется от экспертизы, суд на своем заседании при участии психиатра и прокурора может вынести определение о принудительном направлении больного на судебно-психиатрическую экспертизу (ст. 260 ГПК РСФСР).

В случае выздоровления или значительного улучшения психического состояния лица, признанного ранее недееспособным, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отмечается ранее установленная над ним опека. Дело о признании лица дееспособным рассматривается судом по заявлению опекуна, а также лиц, государственных и общественных организаций, указанных в ст. 258 ГПК РСФСР, на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы (ст. 263 ГПК РСФСР).

Хотя дееспособность и недееспособность являются юридическими понятиями, установление психического состояния, допускающего либо исключающего способность гражданина собственными действиями исполнять гражданские обязанности и права, является прерогативой судебно-психиатрической экспертизы. В. П. Сербский (1895) определил понятие дееспособности как юридическую формулу, необходимую для обозначения известного душевного состояния, которое собственно и характеризует поведение гражданина в обществе.

Закон допускает ограничение гражданской дееспособности в области имущественных сделок и распоряжений для лиц, склонных к злоупотреблению спиртными напитками или наркотическими веществами и ставящих в связи с этим свою семью в тяжелое материальное положение (ст. 16 ГК РСФСР). На основании решения суда этим лицам назначается попечитель, без согласия которого они не могут совершать имущественные сделки, а также получать заработную плату, пенсию или иные виды доходов и распоряжаться ими. При прекращении этими лицами злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами суд в соответствии со ст. 16 ГК РСФСР отменяет ограничение их дееспособности. На основании решения суда отменяется и установленное попечительство. Ограничивая дееспособность этой категории лиц, закон исходит не из



психической болезни, а из материальных интересов их семей. Эти лица не подлежат судебно-психиатрической экспертизе, так как не являются психически больными.

### **Понятия недееспособности и невменяемости и их различие**

Психиатру-эксперту важно знать, что хотя понятия недееспособности и невменяемости имеют много общего, отождествлять их нельзя. На это в свое время указывал В. П. Сербский (1895), подчеркивая, что дееспособность и способность к вменению не вполне идентичны. На практике критерии невменяемости и недееспособности часто совпадают, но нельзя считать, что всякое невменяемое лицо является недееспособным, и наоборот. Различия этих понятий заключаются в следующем.

Из ст. 11 УК РСФСР и ст. 15 ГК РСФСР прежде всего видно различие в содержании медицинского критерия этих понятий. Так, медицинский критерий ст. 15 ГК РСФСР не включает категорию «временного расстройства душевной деятельности», приведенного в ст. 11 УК РСФСР, поскольку в отличие от вменяемости дееспособность связана со способностью к планомерной рассудительной деятельности на протяжении более или менее длительного времени, а вменяемость всегда относится к какому-либо конкретному деянию, которое иногда может быть совершено в течение очень короткого отрезка времени.

При решении вопроса о вменяемости в уголовном процессе психиатр-эксперт оценивает психическое состояние лица ретроспективно, т. е. в момент совершения преступления. По делам о признании лица недееспособным оценивается его психическое состояние в настоящем и будущем.

Психическое заболевание с явно неблагоприятным прогнозом дает основание предполагать недееспособность больного в будущем и его невменяемость при совершении общественно опасного действия. Недееспособность чаще совпадает с невменяемостью при хронических психических заболеваниях, влекущих за собой стойкие и выраженные изменения психической деятельности (шизофрения, прогрессивный паралич, старческие психозы и т. д.). Временное расстройство психической деятельности (реактивные, интоксикационные, соматогенные и другие психозы) не исключает дееспособности, хотя больной, совершивший в этот момент уголовно наказуемое деяние, является невменяемым. Невменяемость не совпадает с недееспособностью при обострении заболевания с благоприятным прогнозом. В период обострения заболевания лицо, совершившее общественно опасное действие, признается невменяемым. Однако способность выполнять свои гражданские права и нести гражданские обязанности в будущем может у больного сохраняться. В последнем случае для вынесения экспертного заключения существенную роль играет оценка не характера и глубины обострения психоза, а обычного свойственного больному состоя-

ния в период стойкой ремиссии и определение выраженности дефекта, поэтому от заключения о недееспособности в период острого психоза в таких случаях следует воздержаться.

Вынося заключение о невменяемости обследуемого, эксперт обязан указать, какие меры медицинского характера необходимо применить к нему в зависимости от его социальной опасности для общества. Гражданское законодательство не предусматривает применение медицинских мер к истцам и ответчикам. Однако если кто-либо из них в связи с острым психотическим состоянием представляет общественную опасность, то эксперты обязаны указать в своем заключении на необходимость его неотложной госпитализации. Помещение в психиатрическую больницу в подобных случаях осуществляется районным психиатром по месту жительства больного в соответствии с Инструкцией по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность, утвержденной Министерством здравоохранения СССР 26.08.71 г. и согласованной с Прокуратурой СССР и МВД СССР.

### **Недееспособность и опека**

Порядок назначения, осуществления и отмены опеки и попечительства регламентирован Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о браке и семье (1968) и Кодексами законов о браке и семье (КоБС) РСФСР и союзных республик (1969).

Закон устанавливает существенное различие между опекой и попечительством. Опека учреждается над лицами, признанными судом недееспособными вследствие душевной болезни или слабоумия, с целью защиты их личных и имущественных прав (ст. 119, 121 КоБС РСФСР). Опекуны от имени и в интересах подопечных осуществляют их права и обязанности. Попечительство устанавливается над дееспособными совершеннолетними лицами, если они по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять свои права и выполнять свои обязанности (вследствие престарелого возраста, соматических заболеваний), над несовершеннолетними в возрасте 15—17 лет, а также над лицами, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами (ст. 121 КоБС РСФСР). Попечители оказывают этим лицам в необходимых случаях содействие при осуществлении ими прав и выполнении обязанностей.

Органами опеки и попечительства являются исполнительные комитеты районных (городских), поселковых или сельских Советов народных депутатов (ст. 120 КоБС РСФСР). Осуществление функции опеки и попечительства в отношении лиц, признанных судом недееспособными вследствие психического расстройства и ограниченно дееспособными, возлагается на отделы здравоохранения, которые решают вопросы, связанные с под-

бором опекунов и попечителей, наблюдение за их деятельностью, проверкой отчетности.

Специальное внимание в законодательстве уделено назначению опекуна или попечителя. Так, опекун или попечитель назначается только с его личного согласия. Не могут быть опекунами или попечителями несовершеннолетние, лица, лишенные родительских прав, а также признанные судом недееспособными или ограниченно дееспособными (ст. 126 КоБС РСФСР). При выборе опекуна или попечителя обязательно учитываются его личные качества, способность к выполнению опекунских обязанностей, отношения между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве. При выборе опекуна наряду с его личными качествами известное значение должно иметь положительное отношение к нему подопечного, на что указывает ст. 126 КоБС РСФСР. Положительному отношению подопечного к опекуну придается большое значение. Так, например, если больной в остром психотическом состоянии бредовым образом толковал отношение к себе какого-либо лица и был враждебно к нему настроен, то назначать это лицо опекуном нежелательно, так как при обострении психоза и возобновлении бреда больной может совершать опасные действия против опекуна.

#### **Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе**

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе может проводиться в стационаре, амбулаторно, в суде, заочно и посмертно.

Заочную экспертизу назначают тогда, когда обследуемый вследствие тяжелого соматического страдания или дальности расстояния не может прибыть на экспертизу. Однако при недостаточной ясности вопроса эксперт может настаивать на личном освидетельствовании подэкспертного. В редких случаях, при тяжелом физическом недуге обследуемого, эксперт может выехать в соматическую больницу или на дом.

Наиболее трудна и сложна для эксперта посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, связанная с определением психического состояния лица в момент заключения им какой-либо сделки (завещание, дарственная запись и др.). Трудность такой экспертизы значительно усугубляется тем, что по гражданским делам предварительного следствия не ведется. Отсутствие в гражданском деле достаточных материалов, характеризующих личность покойного, дает эксперту основание настаивать на предоставлении ему всей необходимой для этого документации (личная переписка больного, характеристики с места жительства и работы, медицинские справки, истории болезни и другие документы, имеющие значение для дела). При недостаточности объективных данных эксперт может отказаться от дачи заключения (ст. 76 ГПК РСФСР).

Изучение свидетельских показаний в сопоставлении с медицинской документацией может позволить научно обосновать выводы о психическом состоянии подэкспертного. Противоречивость свидетельских показаний, нередко исключаящих друг друга, может повлечь необходимость участия экспертов в судебном заседании. Это особенно важно в тех случаях, когда речь идет о завещательных и других имущественных актах. Личный опрос свидетелей о поведении завещателя в период времени, относящийся к оформлению документа, о его взаимоотношениях с родными и другими представителями сторон, об имевшихся психических нарушениях способствует выявлению истинной природы заболевания, глубины и выраженности патологических нарушений, если они имелись.

Противоречивость свидетельских показаний имеет самые разнообразные причины. Некоторые формы психических расстройств начинаются исподволь, протекают без выраженной психопатологической симптоматики, в связи с чем не привлекают к себе внимания окружающих. Иногда больные склонны к диссимуляции бредовых идей, которые в связи с этим долго не распознаются окружающими и не замечаются даже близкими родственниками. В других случаях бредовые высказывания больных имеют обыденный, внешне психологически объяснимый характер и окружающие воспринимают их как реально существующие факты (сутяжно-параноидальные высказывания, имеющие в своей основе реальные факты; бредовые идеи преследования у лиц с органическими заболеваниями головного мозга, основанные на патологической переработке действительных событий; бред обыденных отношений лиц старческого возраста). Эти болезненные расстройства связаны с конкретными лицами и касаются определенных ситуационных моментов, в связи с чем свидетели иногда не сомневаются в их реальности. Свидетели верят, что больной действительно голодает, что окружающие отбирают у него и присваивают вещи, не разрешают жить в собственном доме и т. п., о чем они и сообщают суду. Психопатические личности, склонные к выраженным истерическим проявлениям, повышенной возбудимости и необоснованной раздражительности, часто воспринимаются как психически больные. Разные лица могли наблюдать субъекта в разное время и в связи с этим давать противоречивые показания об имевшихся у него психических изменениях. Если завещание было составлено за несколько лет до смерти, то воспоминания о психическом состоянии лица в указанное время бывают отрывочными и часто смещены во времени. У больного с постинсультным состоянием иногда может наблюдаться мерцающее сознание с кратковременными прояснениями, в связи с чем показания свидетелей наблюдавших его в разные промежутки времени могут быть различными.

Все отмеченные особенности следует строго учитывать при проведении экспертиз. Очень важно увязывать между собой по-

казания разных свидетелей и сопоставлять их с медицинской документацией. Если приведенные свидетелями симптомы разнообразны, пестры и не отражают в совокупности ту или иную форму психического заболевания, то их следует брать под сомнение. Надлежит помнить, что эксперт может оценивать представленные ему материалы только с позиций своих специальных познаний. Эксперт не вправе касаться вопросов правдивости или ложности, достоверности или недостоверности показаний или сведений, содержащихся в документах.

### **Вопросы, подлежащие рассмотрению судебно-психиатрической экспертизой в гражданском процессе**

При проведении судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе эксперт встречается со следующими категориями гражданских дел.

**Признание больного недееспособным.** Наиболее часто судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе назначается для определения психического состояния лица по делам о признании его недееспособным и необходимости установления над ним опеки (ст. 260 ГК РСФСР). Возбуждение дела перед судом в этих случаях происходит по ходатайству родственников, общественных организаций и других заинтересованных лиц.

В экспертной практике встречаются рекомендации о признании больного недееспособным без учреждения над ним опеки. Такая формулировка противоречит закону. Недееспособный не понимает значения своих действий и не может руководить ими, поэтому без опекуна он может заключить сделку в ущерб собственному благополучию. Таким образом, отрицание одного понятия (опека) полностью отрицает и второе (недееспособность).

**Иск о признании сделки недействительной** является другой довольно частой категорией дел, по которым назначается судебно-психиатрическая экспертиза. Иски возникают по поводу договоров купли-продажи, обмена жилой площади, актов дарения, завещания и др. Участвующий в решении перечисленных дел эксперт исходит из оценки психического состояния лица в момент совершения сделки, поскольку гражданское законодательство признает недействительной сделку, заключенную гражданином хотя и дееспособным, но в момент совершения сделки находившимся в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий и руководить ими (ст. 56 ГК РСФСР). В этих случаях для правильной экспертной оценки очень важно точно установить время начала заболевания, его глубину и выраженность в момент совершения сделки, так как если психическая болезнь возникла после заключения сделки, то гражданский акт не теряет своей юридической силы.

Обследуемая Д., находясь в реактивном состоянии (депрессивно-параноидный синдром) в связи с возбуждением дела о разводе, продала за

бесценюк принадлежавшую ей часть дома и уехала к сестре, где вскоре была госпитализирована в психиатрическую больницу. После выздоровления Д. подала в суд заявление, ходатайствуя о признании сделки недействительной. Назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

**Заключение:** Д. в момент оформления сделки находилась в болезненном состоянии, лишавшем ее возможности понимать значение своих действий и руководить ими. В соответствии со ст. 56 ГК РСФСР суд признал сделку недействительной.

К другому заключению приходит судебно-психиатрическая экспертиза в случаях, когда сделка совершена лицом, психическое состояние которого в момент совершения сделки не лишало его возможности понимать значение своих действий и руководить ими.

Обследуемый К, 45 лет, совершив обмен квартиры, вскоре обратился в суд о признании обмена жилой площади недействительным. В связи с тем что К ранее лечился в психиатрической больнице по поводу шизофрении, протекающей в виде аффективно-бредовых приступов, назначена судебно-психиатрическая экспертиза. Изучение материалов гражданского дела и медицинской документации показало, что в последние 4 года К работал столяром, в психиатрическую больницу не стационарировался, поведение было упорядоченным. Во время освидетельствования он был доступен контакту, несколько монотонен, вял, сообщал, что в прошлом был болен (испытывал тревогу, страхи). Говорил, что обменял квартиру, так как после развода с женой хотел сменить обстановку, а в новой квартире беспокоил шум и поэтому решил вернуться в прежнюю. Со смущением говорил, что при обмене скрыл факт наблюдения его в психиатрическом диспансере. Экспертная комиссия пришла к заключению, что К. в период оформления сделки находился в состоянии длительной устойчивой ремиссии, по своему психическому состоянию мог понимать значение своих действий и руководить ими. В соответствии со ст. 56 ГК РСФСР суд признал сделку действительной.

**Иск о признании брака недействительным.** Поскольку ст. 43 КоБС РСФСР предусматривает в числе оснований признания брака недействительным отсутствие взаимного согласия лиц, вступающих в брак (ст. 15 КоБС), то брак может быть признан недействительным, если согласие на его заключение дано лицом, которое в то время в силу болезненного состояния не могло отдавать отчет в своих действиях и руководить ими (п. 10 Постановления Пленума Верховного суда РСФСР от 21.02.73 г. № 3 «О некоторых вопросах, возникающих в практике применения судами Кодекса о браке и семье РСФСР» — Бюллетень Верховного суда РСФСР, 1973, № 5). В указанных случаях для определения психического состояния лица назначается судебно-психиатрическая экспертиза.

Следовательно, экспертное заключение по делам о признании брака недействительным должно содержать характеристику психического состояния лица в момент его вступления в брак. При этом важно не только установить наличие у данного лица психического заболевания, но и уточнить время его возникновения, а также тяжесть и глубину психических нарушений, имевшихся в момент заключения брака, т. е. ответить на вопрос, мог ли подэкспертный в тот период понимать значение своих действий и руководить ими.

Обследуемая Г., 80 лет, обратилась в суд с заявлением о признании брака недействительным. Установлено, что в течение ряда лет Г. постоянно конфликтовала с соседями, заявляла, что в ее отсутствие они входят в квартиру, портят и крадут у нее вещи, хотят отравить ее. Г. меняла замки, обращалась с заявлениями неадекватного содержания в различные учреждения. С «целью защиты от происков соседей» Г. вступила в брак с мужчиной моложе ее. После регистрации брака и прописки ответчик не жил в ней, она была госпитализирована в психиатрическую больницу с диагнозом: инволюционный психоз. Во время судебного-психиатрического освидетельствования Г. обнаружила стойкие интерпретативные бредовые идеи ущерба, преследования, отравления.

Заключение: Г. страдает психическим заболеванием, развившимся задолго до оспариваемого гражданского акта, в период регистрации брака не могла понимать значения своих действий и руководить ими. В соответствии с заключением комиссии брак был признан судом недействительным.

Обследуемая К. в возрасте 28 лет перенесла аффективно-бредовый приступ с тревожностью, подозрительностью, подавленностью настроения, ощущением воздействия. После лечения в психиатрическом стационаре обращалась в психоневрологический диспансер с астеническими жалобами. Спустя 8 лет после приступа она вступила в брак, а вскоре обратилась в суд с иском о признании брака недействительным. Во время судебного-психиатрического освидетельствования К. активно и целенаправленно защищала свои интересы, стремление признать брак недействительным объясняла тем, что муж склонен к злоупотреблению алкоголем, плохо относится к ее ребенку от первого брака.

Заключение: у К. имеется стойкая ремиссия с удовлетворительной социальной адаптацией, в период регистрации брака она могла понимать значение своих действий и руководить ими. Иск о признании брака недействительным судом не удовлетворен.

**Иск о расторжении брака.** С иных позиций психиатр-эксперт подходит к вынесению заключения по делам, связанным с расторжением брака. Закон разграничивает признание брака недействительным и расторжение брака. В первом случае (в связи с психическим заболеванием в момент вступления в брак) устанавливается, что никаких супружеских прав и обязанностей между сторонами не возникло. При расторжении брака речь идет о прекращении супружеских отношений на будущее, если один из супругов заболел психической болезнью во время совместной жизни.

По делам данной категории эксперт устанавливает, не имеется ли у подэкспертного таких психических расстройств, которые могут препятствовать дальнейшей совместной жизни супругов и сохранению семьи (например, бред ревности).

В связи с различием между признанием брака недействительным и расторжением брака суд ставит перед судебнопсихиатрической экспертизой различные задачи. При признании брака недействительным, как мы видели ранее, решающее значение для экспертного заключения имеет тяжесть психических нарушений в момент заключения брака, а при расторжении брака эксперт должен исходить из оценки психического состояния гражданина на будущее, т. е. из прогноза заболевания.

**Иск о возмещении причиненного вреда.** В соответствии со ст. 452 ГК РСФСР психически больной, признанный недееспособ-

собным, не отвечает за причиненный им вред. Ответственность за это возлагается на опекуна больного или организацию, обязанную вести за ним надзор, если не будет доказано, что вред возник не по вине опекающего. Не отвечает также за причиненный вред гражданин дееспособный, но находившийся в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими. Однако он не освобождается от ответственности, если сам привел себя в такое состояние употреблением алкоголя или наркотических веществ либо иным способом (ст. 453 ГК РСФСР). Основной задачей судебно-психиатрической экспертизы в данном случае является ретроспективная оценка психического состояния гражданина в момент причинения им вреда.

Обследуемый С., 18 лет, ответчик по иску телефонного узла о возмещении ущерба С совершил кражу таксофонов с их повреждением. В связи с настоящим иском назначена судебно-психиатрическая экспертиза, во время которой С. наряду со значительным интеллектуальным недоразвитием обнаруживал повышенную внушаемость, пассивную подчиняемость, не критичность

Заключение: С. обнаруживает признаки олигофрении в степени выраженной дебилности. В период, относящийся к краже и повреждению таксофонов, не мог понимать значения своих действий и руководить ими.

**Споры о воспитании детей.** Некоторые особенности имеет судебно-психиатрическая экспертиза, связанная с судебными спорами о воспитании детей, когда возникает вопрос о способности психически больного родителя воспитывать своих детей. В этих случаях эксперты должны определить, может ли обследуемый по своему психическому состоянию воспитывать детей, а также опасен ли он для своего ребенка при совместном с ним проживании (п. 17 Постановления Пленума Верховного суда РСФСР от 21.02.73 г. № 3 «О некоторых вопросах, возникающих в практике применения судами Кодекса о браке и семье РСФСР»). Дела данной категории не следует отождествлять с делами о лишении родительских прав в соответствии со ст. 59 КоБС РСФСР. Суд лишает родительских прав лицо, виновное в неисполнении своих родительских обязанностей по воспитанию детей. При глубоком психическом расстройстве виновность лица исключается. В этих случаях суд принимает решение об отобрании ребенка без лишения родительских прав (ст. 64 КоБС РСФСР).

**Определение психического состояния свидетеля.** Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе иногда назначается для определения психического состояния свидетелей. В этих случаях вопрос о дееспособности не ставится. В соответствии со ст. 61 ГПК РСФСР эксперты обязаны указать, может ли данное лицо правильно воспринимать факты и давать о них правильные показания.

Эксперт в своем заключении должен указать только на наличие или отсутствие психического расстройства, нарушающего



(не нарушающего) способность свидетеля давать правильные показания по делу.

Приведенный перечень видов судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе не является исчерпывающим. Назначение судебно-психиатрической экспертизы возможно также в иных случаях, когда при производстве по гражданскому делу возникает потребность в специальных психиатрических познаниях [Шишков С. Н., 1981].

### **Некоторые общие принципы судебно-психиатрической оценки при производстве по гражданским делам**

При вынесении судебно-психиатрического заключения о дееспособности больного большое значение имеет правильная оценка течения заболевания, определения его формы, преобладающих синдромов, исхода, поэтому различные нозологические формы психических заболеваний, этапы их течения требуют самостоятельного рассмотрения.

Острые психозы любого генеза обуславливают недействительность совершенных в этот период сделок, а дееспособность больных определяется клиническим прогнозом. Решение вопроса о дееспособности в остром психотическом состоянии или во время становления ремиссии нецелесообразно, поскольку в этом периоде болезни структура дефекта и компенсаторные возможности личности еще не определены.

Необходимым условием дееспособности является сохранность критического отношения больного к своему состоянию и ситуации, в связи с которой возник гражданский процесс, а также достаточная социально-трудовая адаптация. По мнению многих специалистов [Холодковская Е. М., 1967; Шостакович Б. В., 1980; Василевский В. Г. с соавт., 1981, и др.], при определении дееспособности — недееспособности должны учитываться не только клинические факторы, но и психологические показатели (устойчивые эмоционально адекватные установки и др.). Наиболее неблагоприятны психопатологические синдромы со стойкими систематизированными бредовыми идеями преследования, отравления, ревности, галлюцинаторно-бредовые синдромы, состояния глубокой депрессии, эмоциональное оскудение с полной утратой интересов и нарастающей апатией (апатико-абулический синдром), слабоумие.

Стойкие бредовые синдромы исключают дееспособность больных в настоящее время, тем не менее прогноз при бредовых синдромах различной этиологии неодинаков. Больные с острыми алкогольными психозами, соматогенными и реактивными параноидами имеют тенденцию к более быстрому выздоровлению, чем больные параноидной шизофренией. Это обуславливает различную судебно-психиатрическую оценку состояния больных в будущем, с чем связано признание их дееспособности или недееспособности.

## Судебно-психиатрические заключения при различных психических заболеваниях

**Шизофрения.** Нередко вопрос о недееспособности возникает при непрерывнотекущей прогрессивной шизофрении с трансформацией и усложнением синдромов, указывающими на неблагоприятный прогноз. Частые обострения приступообразно-прогрессивной шизофрении с нестойкими и непродолжительными ремиссиями также обуславливают недееспособность больных. Напротив, периодический тип течения заболевания с глубокими, стойкими, длительными ремиссиями и достаточной компенсацией нерезко выраженных психических нарушений или вялое течение болезни, которое на протяжении многих лет может проявляться малозаметными личностными сдвигами с достаточной адаптацией, не приводят к состояниям, исключающим дееспособность.

**Сосудистые заболевания головного мозга.** Особого внимания заслуживает экспертиза больных с психическими расстройствами органического или сосудистого генеза. В большинстве случаев церебральный атеросклероз не вызывает глубоких изменений личности. Злокачественное течение болезни, сопровождающееся расстройствами мозгового кровообращения с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами и нарушением ассоциативной деятельности, повышенной внушаемостью и беспомощностью, исключает способность больного правильно оценивать ситуацию и понимать значение своих действий. Экспертам следует иметь в виду, что наблюдаемые в отдельных случаях неравномерность распада психических функций, своеобразная мозаичность дефекта, при которой наряду с выпадением отдельных функций оказывались сохранными некоторые прежние навыки, морально-этические установки, частичное сознание болезни, а также стремление к компенсации дефекта могут маскировать имеющийся психический дефект и обуславливать большие трудности при судебно-психиатрической экспертизе. Несостоятельность таких больных проявляется в том, что они не могут уловить сложных и многообразных связей явлений окружающего мира, не дифференцируют особенностей отношения к ним различных лиц, не способны к целостному пониманию ситуации, определению своего места в ней, легко поддаются влиянию посторонних, совершают гражданские акты в ущерб себе. Еще G. Aschaffenburg (1944), подчеркивая ошибочность поверхностных впечатлений о сохранности таких больных, писал, что у них «цел фасад, а не дом».

Что касается больных с другими органическими заболеваниями головного мозга и старческими психозами, то их выраженная внушаемость и расстройство критических способностей могут быть использованы в корыстных целях, в связи с чем особенно важно своевременное установление их недееспособности и назначение опекуна.

**Травматические поражения головного мозга**, сопровождающиеся апатико-абулическими расстройствами, мориоподобными и шизофреноподобными состояниями, могут создавать значительные трудности при решении вопроса о дееспособности больных в будущем. Определенные судебно-психиатрические выводы в отношении таких больных следует делать лишь по окончании лечения, когда станет ясным прогноз заболевания.

Расстройства травматического генеза в отдаленном периоде могут явиться благоприятной почвой для патологического развития личности, возникновения паранойяльных и параноидных синдромов, нарушающих способность больных правильно понимать и оценивать события как в настоящее время, так и в будущем.

Определенные экспертные трудности вызывает состояние лица, совершившего сделку в инициальной стадии многих форм психических заболеваний, в плане ее действительности (недействительности).

**Прогрессивный паралич.** При прогрессивном параличе, например, уже на ранней, начальной стадии неврозоподобные расстройства сочетаются с довольно грубыми признаками органического снижения личности, не критичностью, повышенной внушаемостью, мнестическими расстройствами, утратой нравственных установок и навыков, прежних форм поведения. Эти расстройства, на первых порах не всегда заметные для окружающих, могут повлечь за собой легкомысленные поступки больных: необдуманное заключение брака, безрассудную трату денег, составление завещания в пользу малознакомых лиц и т. д. При установлении начальной формы прогрессивного паралича от эксперта требуется чрезвычайно тщательная оценка состояния больного в момент заключения сделки.

Обследуемый П оформил дарственную запись на половину принадлежавшего ему дома на имя З, с которой он познакомился за 2 нед до этого. П имеет семью, жену, двух детей. Узнав о совершенной сделке, жена П подала в суд заявление, в котором указывала, что ее супруг последний год стал вести себя странно, иногда покупал никому не нужные вещи, уговаривал жену продать дом и на эти деньги приобрести автомобиль. В последнее время П. плохо спал, жаловался на головную боль. Получаемую пенсию тратил не по назначению, пытался выполнять работу, не соответствующую его квалификации. Назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

Заключение: П. страдает прогрессивным параличом (начальная форма), в момент составления дарственной записи не мог понимать значение своих действий и руководить ими, нуждается в противосифилитическом лечении в условиях стационара.

**Эпилепсия.** Судебно-психиатрическая практика свидетельствует об особой трудности клинической и экспертной оценки некоторых форм эпилептических расстройств психики, в частности дисфорических состояний. Для их распознавания важны объективные сведения о внезапном и безмотивном изменении настроения. Дисфории, сопровождающиеся бурными аффективными разрядами, тоскливо-злым настроением, страхом, от-

дельными бредовыми переживаниями, элементами нарушенного сознания, исключают способность больных понимать в это время значение своих действий или руководить ими.

Отсутствие выраженных психических расстройств у больных эпилепсией вне дисфорических приступов не дает оснований признавать их недееспособными. В таких случаях при возбуждении, например, дела о расторжении брака следует указывать на характерологические особенности подэкспертного, отражающиеся на семейной жизни и воспитании детей.

**Соматогенные психические расстройства.** Значительные экспертные трудности возникают при судебно-психиатрической оценке психических нарушений, возникающих при злокачественных опухолях или других тяжелых соматических заболеваниях с интоксикацией. Иногда психопатологические расстройства просматриваются, поскольку больного наблюдает терапевт, которому бывает трудно установить у пациента клиническую картину психических нарушений. Вместе с тем число посмертных судебно-психиатрических экспертиз при этих заболеваниях имеет тенденцию к увеличению. При вынесении экспертного заключения в подобных случаях очень важно установить наличие или отсутствие у больного в период заключения сделки, составления завещания и т. п. синдрома альтернирующего мерцающего сознания, свидетельствующего об особой тяжести соматопсихических расстройств. Вообще состояние мерцающего сознания как при раковой интоксикации, так и при иных соматических заболеваниях служит поводом для признания недействительности сделок, поскольку такие больные даже в период улучшения состояния истощаемы, астенизированы и воспринимают окружающее неотчетливо. При этом следует иметь в виду, что применение наркотических средств при тяжелых раковых интоксикациях, влияя в определенной мере на психику больного, маскирует имеющиеся в период совершения гражданского акта (составление завещания, вступление в брак и т. п.) психические расстройства.

Вынося то или иное экспертное решение, нельзя забывать, что неблагоприятная ситуация, связанная с возбуждением гражданского иска, может привести к декомпенсации или рецидиву болезни или вызвать реактивное состояние. Объективно решить вопрос в таких случаях можно лишь после ликвидации острых психопатологических симптомов, маскирующих изменения личности.

В центре внимания эксперта всегда должна стоять возможность диссимуляции болезненных расстройств. Своевременно не распознанная диссимуляция бредовых идей может отразиться на супружеской жизни и воспитании детей. Выраженные эмоционально-волевые нарушения, извращение морально-этических представлений родителей отрицательно влияют на психику ребенка и его воспитание. В таких случаях необходимо ставить вопрос об отобрании детей без лишения родительских прав.

Иногда при судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе можно наблюдать симуляцию психической болезни лицами, желающими расторгнуть заключенную сделку, брак и др. Как правило, они пытаются доказать врачу наличие у них психического расстройства во время заключения сделки или вступления в брак. Обычно с этой целью обследуемые сообщают о якобы перенесенных ими в прошлом психических заболеваниях, симптомы которых они узнали из специальной литературы, или восстанавливают в памяти перенесенные ранее острые психотические состояния (алкогольный делирий, инфекционный психоз и т. п.). Правильной оценке психического состояния этих лиц помогают свидетельские показания, характеристика с места работы, медицинская документация. Основное значение имеет поведение этих лиц во время обследования. Демонстративность, плохо скрываемое волнение, ограниченность и разноплановость преподносимых симптомов, не укладывающихся в рамки какого-либо психического заболевания, позволяют установить симуляцию или грубую аггравацию.

## Глава 8

### СУДЕБНЫЕ КОМПЛЕКСНЫЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

Современный уровень развития общей и судебной психиатрии, а также исследования в области смежных дисциплин (психологии, физиологии, патофизиологии, судебной медицины и др.) определили необходимость участия нескольких специалистов для ответа на поставленные следствием и судом вопросы, поэтому в последние годы получили широкое распространение судебные комплексные экспертизы. В них участвуют несколько экспертов различных специальностей, осуществляющих по результатам этих исследований совместные выводы.

Правовое положение такого вида экспертиз определяется ст. 78 УПК РСФСР<sup>1</sup>, предусматривающей возможность назначения любой экспертизы во всех случаях, где требуется практическое применение специальных знаний для решения вопросов, возникающих в ходе следствия и суда, и ст. 392 УПК РСФСР, в которой указывается на необходимость выяснения вопроса о способности несовершеннолетнего полностью сознавать значение своих действий и руководить ими, если имеются данные о наличии у него умственной отсталости, не связанной с психическим заболеванием. Пленум Верховного суда СССР в постановлении от 16.03.71 г. «О судебной экспертизе по уголовным делам» (п. 6) разъяснил, что производство экспертиз с привлечением специалистов смежных дисциплин не противоречит процессуальному закону.

---

<sup>1</sup> Возможность комплексной экспертизы прямо предусматривает также УПК Киргизской ССР (ст. 63).

В судебно-психиатрической практике комплексные экспертизы представлены судебными психолого-психиатрическими и судебными психиатрическими и судебно-медицинскими комиссиями.

### **Судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза**

Данный вид экспертизы назначается тогда, когда для выяснения значимых для дела обстоятельств требуется проведение исследования, затрагивающего пограничные между психологией и психиатрией проблемы [Печерникова Т. П., Станишевская Н. Н., 1975; Печерникова Т. П., Кудрявцев И. А., Криво ручко С. И., 1980]. Важной особенностью комплексной психолого-психиатрической экспертизы является использование для заключения специальных познаний, относящихся к обоим научным дисциплинам, применение специфических методов, сложившихся в психиатрии и психологии, сопоставление и интеграция в едином заключении данных психологического и психиатрического исследования.

Основные задачи судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы следующие.

Установление способности обвиняемых, свидетелей и потерпевших, обнаруживающих изменения психической деятельности, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Данный вопрос может решаться в отношении лиц с различными формами эволютивного дизонтогенеза (психофизический инфантилизм, легкие степени олигофрении, психопатии) и остаточными явлениями органического поражения головного мозга (последствия черепно-мозговых травм, инфекций и т. п.).

Поводами для назначения комплексной психолого-психиатрической экспертизы в целях решения таких задач могут служить данные о перенесенном заболевании головного мозга, оставании или искажении психического развития, низком интеллектуальном развитии, сенсорных дефектах, недостаточном овладении активной речью, низкой памяти, нарушениях внимания, характерологических особенностях со склонностью к фантазированию, повышенной внушаемости, а также сомнения в способности правильно воспринимать факты, имеющие значение для дела, и давать о них показания. Последний вопрос возникает в связи с конкретной, сложившейся при совершении противоправных действий ситуацией, требующей оценки (ее сложность, быстротечность событий, множественность раздражителей, одновременно воздействующих на субъекта, повышенная эмоциональная напряженность в момент восприятия).

В комплексной экспертизе в компетенцию психиатра-эксперта входит установление наличия или отсутствия признаков нервно-психических расстройств, не исключающих вменяемости,

и временных болезненных расстройств психической деятельности у подэкспертного в период, относящийся к совершению противоправных действий. В компетенцию психолога входит два основных типа экспертных задач: 1) установление способности лица с указанными изменениями психической деятельности в конкретной сложившейся при совершении преступления ситуации правильно воспринимать отдельные факты или внешнюю сторону событий; 2) установление способности правильно воспринимать внутреннее содержание событий или действий, т. е. понимать их [Коченов М. М., 1978]. Поскольку возможность давать показания зависит не только от способности правильно воспринимать явления окружающей действительности, но и от свойств памяти человека, возможностей вербализации, характерологических особенностей, таких как склонность к домысливанию, фантазированию и др., психологических установок личности, в компетенцию психолога-эксперта входит исследование и этих сторон психической деятельности. Преимущества комплексной психолого-психиатрической экспертизы в данных случаях заключаются в том, что психиатр и психолог, не выходя за пределы своей компетенции, могут конкретизировать свои выводы относительно способности лиц с психическими аномалиями правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и давать о них правильные показания. При этом следует подчеркнуть, что такого рода выводы нельзя считать утверждением о достоверности показаний свидетеля и потерпевшего.

Установление способности потерпевших по делам об изнасиловании, обнаруживающих отклонения в психической деятельности, правильно понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление. Наиболее распространенными поводами для назначения комплексной психолого-психиатрической экспертизы для решения этих задач являются данные о перенесенном заболевании головного мозга, отставании или искажении психического развития, пассивном поведении потерпевшей при совершении противоправных действий, отсутствии адекватной эмоциональной реакции на случившееся, сведения о характерологических особенностях (вялость, пониженная активность, застенчивость, замкнутость, склонность к тормозным реакциям и растерянности в новых, сложных ситуациях и т. п.).

В рамках комплексной экспертизы психиатры-эксперты должны оценивать медицинскую сторону вопроса — о наличии у потерпевшей признаков психического заболевания или временного болезненного расстройства психической деятельности в период совершения с нею противоправных действий, которые лишали бы ее способности понимать значение совершаемых с нею действий и оказывать сопротивление. В компетенцию психолога-эксперта входит установление особенностей личности и

интеллектуального развития потерпевшей (общий уровень развития, осведомленность в вопросах половой жизни), эмоционального состояния в момент событий, относящихся к совершению преступления, которые могли препятствовать пониманию значения совершаемых с нею действий. Способность к сопротивлению определяется сложившейся ситуацией, психическим состоянием потерпевшей, а также ее возрастными и характерологическими особенностями. В компетенцию психолога-эксперта в этих случаях входит исследование глубины и полноты понимания обследуемой сложившейся ситуации, характерологических особенностей (трудность принятия самостоятельных решений в сложных ситуациях, подчиняемость, внушаемость, нерешительность, робость), ее эмоционального состояния в период совершения с нею противоправных действий (страх, растерянность, подавленность), которые препятствовали бы ее эффективному сопротивлению. При этом следует отметить, что констатация беспомощного состояния потерпевшей относится к компетенции суда.

Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых, обнаруживающих признаки отставания в психическом развитии. Установление способности несовершеннолетних обвиняемых, имеющих признаки не связанного с психическим заболеванием отставания в психическом развитии, полностью сознавать значение своих действий и определение, в какой мере эти несовершеннолетние могут руководить своими действиями, составляют предмет судебно-психологической экспертизы. Такая экспертиза проводится в соответствии с Постановлением Пленума Верховного суда СССР от 03.12.76 г. (в редакции от 09.07.82 г.) «О практике применения судами законодательства по делам о преступлениях несовершеннолетних и о вовлечении их в преступную и иную антиобщественную деятельность», в котором рассматриваются вопросы судебно-психиатрической экспертизы по делам о преступлениях несовершеннолетних.

Несовершеннолетним обвиняемым с признаками психической патологии (олигофрения в степени дебильности, последствия раннего органического поражения головного мозга, психофизический инфантилизм, психопатические черты характера) в сочетании с данными о педагогической запущенности, «детскости», игровых мотивах поведения, легкомысленном отношении к своим противоправным действиям, недостаточным пониманием их возможных последствий назначается комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

В компетенцию психиатра-эксперта при проведении комплексной экспертизы входят установление признаков психического заболевания и решение вопроса о вменяемости — невменяемости несовершеннолетнего. При признании такого подростка вменяемым и при наличии у него признаков отставания в



психическом развитии психолог уточняет его способность полностью сознавать значение своих противоправных действий и прогнозировать их последствия.

Установление у обвиняемого с признаками психической аномалии, не исключающей вменяемости, индивидуально-психологических особенностей, получивших отражение в его поведении при совершении конкретных противоправных действий.

Поводами для назначения комплексной экспертизы могут быть данные о психической аномалии, внешняя «безмотивность» преступления, необъяснимость психологических мотивов поведения обвиняемого, внешне не мотивированная смена показаний в процессе судебно-следственных действий.

В рамках комплексной экспертизы психиатр-эксперт решает вопрос о вменяемости — невменяемости, наличии психической болезни в период судебно-следственных действий. Данные психологического исследования могут быть использованы для выяснения всех обстоятельств, имеющих значение для дела, в том числе и личностных особенностей обвиняемого, психологических мотивов его поведения.

Комплексная психолого - психиатрическая экспертиза обвиняемых, совершивших правонарушение в состоянии аффекта.

Поводами для назначения экспертизы служат, как правило, особенности поведения обвиняемого при совершении противоправных действий: неожиданность поступков, появление не свойственных ранее форм поведения, жесткость и тяжесть содержания, а также данные о конфликтной ситуации перед правонарушением. Целью экспертизы является установление у обвиняемого наличия или отсутствия временного болезненного расстройства психической деятельности, физиологического эффекта (нормальной, но чрезвычайно интенсивной эмоциональной реакции) или других эмоциональных состояний в момент правонарушения.

Сложность экспертной оценки аффективных реакций и связанная с ней частота расхождения экспертных заключений обусловлены рядом причин и прежде всего возможностью разнообразных сочетаний в аффективном деликте «нормально-психологических» и «патологических» механизмов. Аффективная реакция в момент правонарушения может возникнуть у здорового человека и у лиц с различными нарушениями психики, у тех и других может достигать значительной интенсивности, сохраняя при этом свойства нормальной психологической реакции («физиологический аффект») или приобретая форму болезненного психотического состояния («патологический аффект»).

Судебно-психиатрическая оценка аффективных деликтов позволяет отграничить болезненные формы аффективных реакций от неболезненных и вынести заключение о вменяемости — не-

вменяемости подэкспертного. Однако, дав заключение о болезненной природе аффективной реакции в плане ее отграничения от патологического аффекта, психиатр-эксперт не может, не выходя за пределы своей компетенции, оценить ее глубину и влияние на поведение обвиняемого при совершении правонарушения. В большинстве случаев экспертам приходится сталкиваться с состояниями, пограничными между психологией и психиатрией, и применять и совмещать знания в области обеих научных дисциплин.

Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза существенно расширила возможности оценки аффективных состояний, включая в нее не только диагностику болезненных расстройств психической деятельности («патологического аффекта») и их отграничение от сходных неболезненных состояний, но и определение глубины нормальных психологических реакций, в частности выраженности эмоционального возбуждения, возникшего в момент правонарушения.

Аффективные реакции, возникающие у психически здоровых лиц и лиц с различными психическими аномалиями в момент совершения правонарушения, характеризуются остротой и яркостью, кратковременностью и трехфазностью (подготовки, взрыва, истощения). Первая фаза неспецифичная, общая как для физиологического, так и для патологического аффекта. Однако существуют различия в механизмах нарастания аффективного напряжения, особенностях личностной переработки психической травмы у психически здоровых и лиц с легкими нервно-психическими отклонениями. Вторая фаза острой аффективной реакции представляет собой собственно аффективный взрыв с интенсивным двигательным возбуждением, резкими изменениями психической деятельности, выраженными вегетососудистыми реакциями. Третья фаза — спад аффективного напряжения с появлением физической расслабленности, астенических явлений (заключительная фаза аффекта).

Физиологический аффект как не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние представляет собой кратковременную, стремительно и бурно протекающую эмоциональную взрывную реакцию, сопровождающуюся резкими, но не психотическими изменениями психической деятельности, в том числе и сознания, выраженными вегетативными и двигательными проявлениями. Определение «физиологический» было введено, чтобы подчеркнуть отличие нормального аффекта от патологического, показать, что его физиологическую основу составляют естественные нейродинамические процессы. В современной психологической литературе понятие «аффект» употребляется обычно без дополнительных определений.

Физиологический аффект — чрезвычайная для личности реакция на исключительные обстоятельства. Вторая фаза физиологического аффекта — неожиданное для субъекта возникновение бурной эмоциональной вспышки на фоне аффективного на-

пряжения («субъективная внезапность», по О. С. Ситковской, 1979), переживание ярости, гнева, обиды. Во II фазе аффективной реакции происходят изменения психической деятельности в виде фрагментарности восприятия, сужения и концентрации сознания — на психотравмирующем объекте. Ярко выраженные внешние признаки эмоционального возбуждения (изменений внешнего вида, мимики, пантомимики, голоса) отражают физиологические, биохимические сдвиги в организме; аффективные действия отличаются признаками стереотипий, импульсивности; резко снижается интеллектуальный и волевой контроль поведения с нарушением способности к прогнозу возможных последствий своих действий. Одним из важных признаков физиологического аффекта является возникновение во II фазе аффективной реакции не свойственных субъекту ранее форм поведения, при этом поведение вступает в противоречие с основными жизненными установками и ценностными ориентациями личности, приобретая черты произвольности, ситуативности [Печерникова Т. П., Гульдман В. В., Остришко В. В., 1983].

Одним из сложных и спорных вопросов комплексной психолого-психиатрической экспертизы аффективных деликтов является отношение экспертов к признакам алкогольного опьянения у обследуемого в период совершения противоправных действий. Поскольку основу физиологического аффекта составляют естественные нейродинамические процессы, эмоциональное возбуждение, возникшее на фоне алкогольного опьянения, как правило, не может быть квалифицировано как физиологический аффект. Однако экспертная практика показывает, что одна лишь констатация употребления обвиняемым алкогольных напитков перед правонарушением без учета всех приводящих обстоятельств неправомерна. Это временный промежуток между употреблением алкоголя и совершением правонарушения, данные о наличии или отсутствии физических признаков опьянения, изменениях поведения, эмоционального состояния, связанных с употреблением алкоголя, сложившейся конфликтной ситуации и поводе, вызвавшем эмоциональное возбуждение. Необходимо также исследование характера и особенностей течения самой аффективной реакции для суждения об отсутствии физиологического аффекта. Данные об употреблении обвиняемым алкогольных напитков перед аффективным деликтом не снимают с экспертов обязанности тщательно проанализировать все обстоятельства дела в каждом конкретном случае для заключения о наличии или отсутствии физиологического аффекта. Эксперты-психиатры и психологи должны опираться на заключение судебно-медицинской экспертизы о наличии или отсутствии у обвиняемого в момент правонарушения алкогольного опьянения и данные о степени опьянения.

Экспертное заключение о физиологическом аффекте, возникшем у обвиняемого в момент правонарушения, может служить основанием для юридической квалификации противоправных

действий как совершенных в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения. Вопрос о сильном душевном волнении, часто задаваемый экспертам, не входит в их компетенцию и как таковой должен всегда отклоняться. Сильное душевное волнение и физиологический аффект — понятия, не только разные по принадлежности к различным дисциплинам — юриспруденции и психологии, но и по объему. Сильное душевное волнение, являющееся в соответствии со ст. 33 Основ законодательства СССР и союзных республик смягчающим обстоятельством, уже понятия физиологического аффекта. В понятии сильного душевного волнения заключена юридическая оценка всей совокупности правонарушений, а в понятии аффекта — характеристика субъективных переживаний и определяемых ими действий обвиняемого. Аффект может возникнуть по различным поводам, в ответ на сверхсильные для личности раздражители, а сильное душевное волнение — только в ответ на раздражители, имеющие характер «насилия или тяжких оскорблений со стороны потерпевшего». Сильное душевное волнение — юридическое понятие, и поэтому может быть квалифицировано только юридическими органами, нередко оно определяется на основе экспертного заключения о том, что в момент совершения преступления обвиняемый находился в состоянии эмоционального возбуждения, достигшего степени аффекта.

#### **Комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза**

Такая экспертиза назначается тогда, когда речь идет об определении тяжести телесных повреждений, повлекших за собой психические нарушения у потерпевших. Такого вида комплексная экспертиза определена «Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений», утвержденными приказом МЗ СССР от 11.12.78 г. № 1208. При этом диагностика психического заболевания и установление причинной связи этого заболевания с полученной травмой относятся к компетенции судебно-психиатрической экспертизы, а тяжесть телесного повреждения определяется с участием судебно-медицинского эксперта. Эта проблема находится на стыке судебной психиатрии и судебной медицины, является одной из наименее разработанных.

Однако, несмотря на различия во взглядах на некоторые частные вопросы, все авторы сходятся на том, что тяжесть телесных повреждений следует устанавливать дифференцированно. Подчеркивается возможность различной оценки тяжести психических расстройств — от тяжких до легких [Боброва И. П. и др., 1980; Милев В., 1977; Рачев И., 1980].

Основными вопросами комплексной судебно-психиатрической и судебно-медицинской экспертизы является определение тяжести телесных повреждений у потерпевших при травми-

ческих поражениях головного мозга, оценка тяжести телесных повреждений, повлекших за собой кратковременные расстройства психики при интоксикационных психозах, а также установление связи эндогенного заболевания с психической и физической травмой, полученной потерпевшим во время совершения преступления.

В случаях посттравматических расстройств у потерпевших экспертной оценке подлежат психические нарушения как острого, так и отдаленного периода. В остром периоде диагностируют наличие или отсутствие явлений коммоции или контузии головного мозга, характер и продолжительность синдромов помрачения сознания. В позднем (реконвалесценции) и отдаленном периодах важное значение имеет диагностика посттравматических церебральных и энцефалопатических расстройств, посттравматической эпилепсии, синдромов слабоумия и посттравматических психозов. Выраженность указанных расстройств, их продолжительность, тип течения определяют комплексное экспертное заключение о тяжести собственно телесного повреждения.

Одним из наиболее сложных является вопрос о тяжести телесных повреждений, повлекших временные расстройства психической деятельности (реактивные состояния). Проблема реактивных состояний представляет собой особый интерес, так как касается тех телесных повреждений, которые не сопровождаются нарушениями анатомической целостности органов, а влекут за собой функциональные расстройства.

По классификации реактивных состояний по временному признаку, разработанной во ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, они подразделяются на острые (шоковые), подострые и затяжные. Если острые реактивные состояния продолжаются несколько часов, то подострые реактивные психозы длятся обычно до 3—4 мес, а затяжные — от 6 мес до нескольких лет. Таким образом, реактивные состояния в зависимости от их продолжительности могут быть квалифицированы как результат легких телесных повреждений и как последствия тяжелых телесных повреждений.

Определяя тяжесть телесного повреждения по длительности вызванного им реактивного состояния, важно учитывать современные данные о возможности различных стадий психогенного заболевания — невротической и психотической. В соответствии с этими данными длительность реактивного состояния далеко не всегда определяется временем существования психотических расстройств, так как им могут предшествовать психопатологические расстройства невротического уровня. Разрешение реактивного психоза могло произойти через постпсихотическую невротическую стадию. Если не учитывать этих данных, то длительность реактивного состояния, а следовательно, и тяжесть повлекших его телесных повреждений могут быть квалифицированы экспертом недостаточно точно.

Изучение затяжных реактивных психозов в судебно-психиатрической клинике, проведенное Г. В. Морозовым (1970), Н. И. Фелинской (1960), К. Л. Иммерман (1969), показало, что возможны случаи с неблагоприятным прогнозом, когда длительность и особенности реактивного состояния заставляют приравнивать его к хроническому психическому заболеванию. Следовательно, в аналогичных случаях неблагоприятного течения реактивные состояния приходится приравнивать к хроническому психическому заболеванию с соответствующей оценкой телесных повреждений как тяжких.

Таким образом, при экспертной оценке тяжести телесных повреждений, повлекших за собой реактивные состояния, могут быть использованы критерий длительности расстройства здоровья и критерий психической болезни [Метелица Ю. Л., 1982].

Одной из форм нарушений психики, которые могут развиваться в результате насильственных действий и которые являются предметом комплексной судебно-психиатрической и судебно-медицинской экспертизы, являются интоксикационные психозы. Они возникают вследствие введения потерпевшему отравляющих веществ, а также лекарственных препаратов в токсических дозах. Большое разнообразие современных лекарственных снотворных и психотропных препаратов, воздействующих на центральную нервную систему, ставит перед экспертами сложные вопросы, связанные с распознаванием отравлений, интоксикационных психозов и соответствующей квалификацией тяжести телесных повреждений. К оценке последней следует подходить дифференцированно с учетом длительности, глубины, выраженности, а также возможного прогноза психического расстройства, вызванного интоксикацией, и ее влияния на дальнейшую трудоспособность потерпевшего.

Весьма актуальна, но мало изучена связь эндогенных заболеваний (шизофрения, эпилептическая болезнь и др.) у потерпевших с физической и психической травмой, полученной в момент противоправных действий. Несмотря на имеющиеся в психиатрической литературе данные о возможном провоцировании эндогенных заболеваний различными экзогенными вредностями, к оценке непосредственной связи между экзогенным и эндогенным заболеванием следует подходить с большой осторожностью. Экспертная практика свидетельствует о том, что нередко экзогенные вредности (психогенные вредности, черепно-мозговые травмы) наслаиваются на уже начавшееся эндогенное заболевание. В этих случаях влияние экзогенности проявляется в патопластике психопатологических синдромов. Клиническая картина заболевания полиморфна, неустойчива, с чередованием экзогенного и процессуального. Однако впоследствии, на более отдаленных этапах, выступают закономерности, свойственные основному заболеванию. Указанное значение психогенных вредностей и черепно-мозговых травм должно найти отражение в экспертном заключении.

Если невозможно установить признаки эндогенного заболевания у потерпевшего до воздействия экзогенных вредностей, то более правомерно говорить о влиянии экзогенности на течение основного заболевания (чаще неблагоприятном).

Следовательно, экспертное заключение о тяжести телесных повреждений, повлекших за собой расстройства психики, должно опираться на четкую нозологическую и психопатологическую квалификацию выявленных у потерпевшего психических расстройств. Только при соблюдении этих требований можно установить причинную связь между телесным повреждением и расстройствами психики. Экспертное заключение предопределяется в первую очередь научными данными об этиологии, патогенезе и клинических особенностях заболевания, выявленного у потерпевшего.

## РАЗДЕЛ ВТОРОЙ

### ЧАСТНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ (КЛИНИКА И СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ)

#### Глава 9

#### ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения (Блейлера болезнь, *démence précoce*, *dementia praecox*, психоз дискордантный, слабоумие раннее) — эндогенная прогрессивная психическая болезнь, определяющаяся самыми различными продуктивными симптомами; сопровождается изменениями личности в виде снижения психической активности, аутизма, утраты единства психических процессов, нарушением мышления (так называемый шизофренический дефект). Необычайный полиморфизм клинических проявлений шизофрении и форм ее течения делает правомерным предположение о том, что она представляет собой группу психических болезней. E. Bleuler (1911) писал о группах шизофрении.

Шизофрения — одно из самых распространенных психических заболеваний. В судебно-психиатрической практике около 50% обследуемых, признанных невменяемыми, составляют больные шизофренией. Это свидетельствует о большом судебно-психиатрическом значении этого заболевания.

#### Краткие исторические сведения

Учение о шизофрении имеет свою историю. Еще задолго до выделения шизофрении были описаны в качестве самостоятельных заболеваний отдельные картины болезни, позже объединенные понятием *dementia praecox*. В. Morel (1852) выделил раннее слабоумие и ввел термин «*démence précoce*», E. Hecker (1871) — гебефрению, K. Kahlbaum (1874) — кататонию, V. Magnan (1891) — группу бредовых психозов с исходом в апатическое слабоумие.

В. П. Сербский (1890) первым среди отечественных и зарубежных психиатров отметил не только тесную связь между кататонией и гебефренией, но и со всей определенностью отнес оба заболевания к одной группе болезней. В работе «Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии» он писал, что часто кататонические явления при гебефрении выступают на первый план и выраженность их не позволяет определить, с какой из форм имеешь дело. Поразительно быстрый исход этих психозов в слабоумие, по его мнению, позволяет отнести подобные случаи к раннему слабоумию Мореля.

Это важное клиническое обобщение повторно сформулировал E. Kraepelin в 1896 г. В 1898 г. E. Kraepelin объединил в понятие «раннее слабоумие» гебефрению, кататонию и хронические бредовые психозы с исходом в деменцию. Различия в клинических проявлениях, течении и исходах раннего слабоумия заставили E. Kraepelin вступить на путь его дифференцировки. В наибольшей степени она отразилась на бредовых психозах. Параноидная деменция была разделена на тяжелые и легкие формы, кроме того, из нее



была выделена в качестве самостоятельной нозологической единицы группа парафрений (1913).

Концепция раннего слабоумия быстро получила признание, несмотря на многочисленные возражения не только психиатров Франции, но и ряда немецких авторов [Bonhoeffer K., 1907; Hoche A., Bumke O., 1908; Bumke O., 1924]. Дальнейшее развитие учения о раннем слабоумии связано с именем Е. Bleuler (1911) Он предложил термин «шизофрения» и выделил основные и добавочные симптомы этого заболевания. К основным симптомам он относил нарушения ассоциативных связей, эмоциональные проявления и аутизм, к добавочным — бред, галлюцинации, кататонические и другие симптомы.

При изучении шизофрении Е. Bleuler больше интересовался ее стертыми формами, т. е. состояниями, во многом относящимися к так называемой малой психиатрии. Преувеличение значения основного шизофренического расстройства, его обнаружение в значительной части других психозов и непсихотических состояний повлекли за собой очень широкое понимание Е. Bleuler (1911) шизофрении. По его мнению, 75% пациентов, находящихся в психиатрических больницах, страдают этим заболеванием. К шизофрении были отнесены очень многие неврозы и психопатии, а также различные по этиологии психозы с шизофреноподобными синдромами. Взгляды Е. Bleuler на шизофрению способствовали появлению различных психологических теорий ее сущности, в частности поискам основного расстройства.

J. Stransky (1906, 1914) считал основным расстройством интрапсихическую атаксию, Е. Minkowski (1927) — утрату витального контакта с окружающей средой, J. Berze (1929) говорил о гипотонии сознания при шизофрении. Эти и ряд других исследований способствовали дальнейшему развитию намеченного Е. Bleuler феноменологического направления и одновременному расширению границ шизофрении.

Ряд зарубежных психиатров признают шизофрению только грубо прогрессивных, «ядерных» форм, описание которых соответствует раннему слабоумию в первоначальном описании Е. Kraepelin (конец XIX века). Те болезненные состояния с медленным течением, в структуре которых преобладают бредовые идеи, и так называемые шизоаффективные психозы большинство авторов выносят за рамки шизофрении.

А. В. Снежневский (1970) отмечал, что в термин «шизофрения» психиатры разных стран и разных школ вкладывают различное содержание. То, что одни считают болезненным процессом, другие относят к патологическим реакциям личности. Нередко особо выделяют шизофреноподобные психозы.

Отечественные психиатры, рассматривая шизофрению как нозологическую форму, большое значение придавали разновидностям ее течения. В 1932 г. в Москве проходила конференция по проблемам шизофрении при участии П. Б. Ганнушкина и В. А. Гиляровского, а в 1936 г. состоялся 2-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Наряду с резкой критикой расширительного толкования шизофрении за счет неврозов, психопатий (дискуссия о «мягких формах» шизофрении) психиатры уделяли внимание медленно-прогрессивным случаям шизофрении и их судебно-психиатрическому аспекту.

В дальнейшем особенности течения шизофрении больше всего изучали психиатры, занимающиеся экспертизой трудоспособности больных. Трудоспособность неразрывно связана с прогнозом болезни, а следовательно, с темпом развития процесса. Большой интерес не только для экспертизы трудоспособности, но и для судебно-психиатрической клиники представляют работы Д. Е. Мелехова и сотр., начатые в середине 30-х годов. Д. Е. Мелехов (1963) основное значение придавал не ведущему синдрому, определяющему форму шизофрении, как это было ранее, а исходу болезни. По типам течения автор выделял непрерывно развивающиеся процессы (злокачественные, быстро прогрессирующие, активно-прогрессивные с затяжным течением, медленно и вяло текущие), волнообразные, приступообразные процессы (ремиттирующие, приступообразные, без полных ремиссий, смешанные и переходные формы). Д. Е. Мелехов считал, что злокачественное, быстро прогрессирующее течение характерно для гебефрении, юцидной кататонии,

простой и параноидной форм с выраженным синдромом Кандинского — Кле-рамбо и вербальным галлюцинозом. Наиболее часто встречающиеся случаи параноидной шизофрении автор относил к активно-прогредиентным процес-сам с затяжным течением.

В дальнейшем в многочисленных исследованиях, которые с разных сто-рон освещали клинику шизофрении, неизменно рассматривались типы тече-ния болезни и ее клинические проявления. Результаты исследований, прове-денных в Институте клинической психиатрии Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР и Центральном ордена Ленина институте усовершенствования врачей, явились основанием для выделения 3 основных форм течения шизофрении: непрерывнотекущей (непрерывно-прогредиентная), приступообразно-прогредиентной (шубообразная) и рекуррентной. Каждая из этих форм может проявиться в различных клинических вариантах, что зависит от прогредиентности процесса

## Клинические проявления

### *Клиника начальных проявлений шизофрении*

Клиника начальных проявлений шизофрении многообразна. Мы остановимся лишь на той психопатологической симптомати-ке, которая наиболее часто встречается в судебно-психиатриче-ской экспертной практике и вызывает трудности нозологической квалификации шизофрении. В этих случаях начальные рас-стройства выражаются неврозоподобными и психопатоподобны-ми симптомами. Больные высказывают астеноневротические жа-лобы: на повышенную утомляемость, распирающую головную боль, неприятные ощущения. Они говорят, что им трудно усваи-вать учебный материал, понимать прочитанное и высказывания окружающих. Без каких-либо причин они становятся раздражи-тельными, вспыльчивыми, неуравновешенными, грубыми, цинич-ными, настороженными и подозрительными. Обращает на себя внимание не только различная выраженность этой неспецифи-ческой симптоматики, но и ее полярность. Грубость, цинизм больных сочетаются с повышенной сенситивностью, ранимостью, слезливостью; тревожная мнительность сменяется стеничностью и назойливостью. Утверждения больных о полном равнодушии к окружающему сочетаются с активной защитой своих интере-сов и прав. Описанная симптоматика свидетельствует о насту-пающем изменении психического склада личности. Это нередко сопровождается появлением типичных «шизофренических» жа-лоб: больные говорят о своей измененности, «расплывчивости мыслей», параллельно текущих мыслях, их «остановках» и «на-плывах».

В этой стадии заболевания патологическое поведение боль-ных может принять форму неожиданных и непонятных для окружающих, опасных, в том числе агрессивных, действий. Больные совершают такие поступки внезапно, на фоне внешне упорядоченного поведения. Эти проявления называют «поступ-ками вопреки ожиданиям» [Brezovsky M., 1925, 1929] и обозна-чают как «инициальный деликт» [Stransky J., 1950]. Вместе с

тем у больных с таким поведением некоторое время может сохраняться формально правильная оценка ситуации, а в условиях следствия и экспертизы возникает даже защитная установка.

Обследуемый О. привлечен к ответственности за попытку убить своего товарища К. Наследственность у О. психическими заболеваниями неотягощена. В детстве ничем не болел, успешно учился в школе. По окончании 7 классов школу оставил в связи с тяжелыми материальными условиями. Работал на заводе каменщиком. По характеру был живым, общительным, веселым, всегда охотно помогал своим товарищам по работе. В возрасте 20 лет поведение О. изменилось. Сделался раздражительным, вспыльчивым, обидчивым. В ответ на замечания окружающих то начинал плакать, то становился злобным, грубым. Во время ссор всегда волновался, при этом чувствовал, что горло сжимается, к нему «что-то подкатывается и появляется физическая слабость».

О. часто задумывался о причине наступивших с ним изменений и пришел к выводу, что это результат его «бытовой неустроенности». Обратился в районную поликлинику, так как плохо спал по ночам. Поставлен диагноз психастении. Продолжал работать, самочувствие не улучшалось. Временами думал, что люди изменили к нему отношение, но в чем это выражалось, определить не мог. Со своим приятелем К. до последнего времени поддерживал дружеские отношения.

В день правонарушения (через 2 года после появления психических расстройств) О. вышел рано утром во двор, собираясь идти на работу, увидел К., который также шел на работу. Внезапно пришла мысль убить К. О. выстро зарядил охотничье ружье и, когда К. приблизился к калитке дома, выстрелил в него. После этого бежать не пытался, сопротивления не оказывал, сидел на скамейке, повторяя: «Что я наделал».

При обследовании первичной амбулаторной судебно-психиатрической комиссией в связи с «непонятным мотивом» совершенного деяния О. был тосклив, не мог объяснить свой поступок, расспрашивал о состоянии потерпевшего, плакал, волновался по поводу своего будущего. Заключение о психическом состоянии О. не вынесено; направлен на стационарное обследование в Институт общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

В соматическом и неврологическом состоянии отклонений от нормы не отмечено. При беседе с врачом О. был тосклив, на глазах появлялись слезы, говорил, что ему неприятно находиться с преступниками, хотя он понимает, что и сам ничем не отличается от них. Поведение О. в отделении не всегда было одинаковым. Тоскливо-подавленное настроение сменялось раздражительностью, грубостью, иногда нейтральные вопросы окружающих неожиданно вызвали у О. злобное недовольство, он требовал немедленной выписки. Часто становился повышенно обидчивым, плаксивым и по-разному пытался объяснить слезы: ссылался то на длительное пребывание в стационаре, то на головную боль.

Приблизительно через 2 мес (первая стационарная экспертная комиссия не вынесла окончательного заключения о психическом состоянии обследуемого) при беседе с врачом О. начал говорить о том, что сейчас у него является в голове «много мыслей», и не только о своей судьбе, но и о жизни вообще, о том, как протекает жизнь, что было раньше и что произойдет в дальнейшем. Иногда неопределенно говорил, что люди кажутся ему изменившимися, что на него смотрят подозрительно, обсуждают его поступки, но свои высказывания не развивал. Припоминая поведение некоторых людей на работе, высказывал предположение, что по отношению к нему что-то «замышлялось». Такие заявления обследуемого были нестойкими, он не фиксировал на них внимание и отмечал, что, может быть, все это ему казалось.

Заключение: у О. определяется шизофренический процесс; в отношении совершенного деяния невменяем.

О. помещен в психиатрическую больницу общего типа на принудительное лечение. По данным катамнеза, через 4 года у него развились стойкие идеи преследования, галлюцинаторные явления, расстройства мышления в форме резонерства.

Заболевание может начинаться с депрессивных и депрессивно-параноидных состояний. Больные становятся тоскливыми, заторможенными, высказывают мысли о своей неполноценности или недоброжелательном отношении к ним окружающих. Значительно труднее поставить диагноз, если такие состояния возникают в связи с психическими травмами, особенно после ареста, что нередко требует отграничения развившихся болезненных состояний от реактивных психозов.

При подостром начале заболевания бывает растянутый период предвестников. Депрессия, тревога, навязчивости, ипохондрические жалобы часто нестойкие, иногда сопровождаются чувством необъяснимого витального страха. Синдром навязчивостей может постепенно смениться явлениями психического автоматизма. Подозрительность, ипохондрические идеи могут переходить в бредовые постепенно или в виде «озарений», когда больному внезапно «все становится ясно».

При более острых формах болезни после кратковременных невротических проявлений или даже без предвестников у больных может внезапно развиться возбуждение с неправильным поведением и дезориентировкой в окружающем или полный ступор. В состоянии возбуждения больные двигательны беспокойны, импульсивны, их высказывания нередко разорваны. Иногда высказывания больных отражают бредовую оценку окружающего. Кроме того, в речи таких больных довольно часто отражаются непосредственно окружающая их обстановка и происходящие события.

Ступорозные состояния в начальном периоде болезни сопровождаются фантастическими переживаниями (онейроидное состояние) с наплывом ярких и причудливых образов. По выходе из ступора больные довольно хорошо рассказывают о переживаниях в этот период, а воспоминания об обстановке, в которой они находились в то время, и о реальных событиях сохраняются плохо. Эмоциональное состояние «острых» больных, как указывает О. В. Кербиков (1949), характеризуется беспорядочной сменой или сочетанием аффектов растерянности, тоски, тревоги, страха, гнева, восторга, экстаза. Острое начало заболевания часто сопровождается и соматическими нарушениями. У больных повышается температура тела, появляются признаки токсикоза, повышенной ломкости сосудов, отклонения в составе крови, мочи и др.

В начальной стадии заболевания, когда клиническая картина определяется быстрой сменой одних симптомов другими (острое начало) или проявления нечеткие и неопределенные, иной раз трудно определить форму течения шизофрении. Однако в большинстве случаев по психопатологической структуре и возрасту, в котором болезнь проявилась впервые, можно предположить дальнейшее течение болезненного процесса, что дает основание с известной долей вероятности говорить о прогностическом значении начального периода болезни. Установленная

форма течения шизофрении не всегда сохраняется: возможно изменение степени и темпа прогрессивности, кроме того, встречаются больные с неотчетливым, промежуточным типом течения шизофренического процесса.

### *Формы течения шизофрении*

В экспертной судебно-психиатрической практике встречаются все варианты течения шизофрении, но наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют больные с непрерывнотекущей и приступообразно-прогрессивной (шубообразная) формами. Больные с рекуррентной шизофренией встречаются значительно реже, что, по-видимому, обусловлено остротой приступов и своевременным помещением этих больных в психиатрические больницы.

**Непрерывнотекущая шизофрения.** Темп нарастания психопатологической симптоматики может быть здесь различным: вялопрогрессивным, умеренно-прогрессивным и злокачественным.

Вялопрогрессивная шизофрения сопровождается медленно развивающейся симптоматикой на всем протяжении. В клинической картине независимо от этапа отсутствуют острые психотические состояния, долго не бывает отчетливой негативной симптоматики, что обуславливает сохранение некоторых сторон психической деятельности, несмотря на давность болезненного процесса.

На всем протяжении болезни могут сохраняться внешне правильное поведение больных и социальная адаптированность. На отдаленных этапах не наблюдается состояний с чертами «регресса», которые свойственны формам с более быстрым течением болезни. В клинической картине преобладает симптоматика, свидетельствующая о сравнительно неглубоком расстройстве психической деятельности. Сюда относятся такие клинические картины болезни, которые ранее описывали как самостоятельные формы: неврозоподобные состояния с навязчивыми и ипохондрическими явлениями; паранойяльные (со сверхценными идеями, бредом реформаторства, изобретательства, сутяжным и любовным бредом), а также более благоприятно протекающие формы простой шизофрении.

После инициального периода болезни, который далеко не специфичен и выражается неглубокими аффективными расстройствами, явлениями астении, нередко возникают полиморфные неврозоподобные симптомы. Неврозоподобная симптоматика не имеет каких-либо отличий от невротических состояний иного происхождения. Трудности диагностики усугубляются еще и тем, что сами больные, говоря о появившейся у них «нервности», нередко связывают ее то с различными объективными соматическими расстройствами, то с реальной неблагоприятной ситуацией. Однако обращает на себя внимание неадекватность реакций больного и постепенное расширение круга пережива-

ний, при которых выявляются элементы болезненного толкования ряда фактов, не имеющих отношения ни к реальным соматическим симптомам, ни к ситуации, которая воспринимается больными как угрожающая. Постепенно высказывания больных утрачивают живой эмоциональный фон, поведение становится аутичным, появляются элементы расстройства мышления.

При вялотекущей шизофрении с ипохондрическим синдромом в клинической картине преобладают жалобы, которые касаются мнимых заболеваний внутренних органов или физиологических отклонений. Такие высказывания на протяжении ряда лет сопровождаются пониженным настроением и тревогой по поводу воображаемого соматического неблагополучия.

Клиническая картина болезни малодинамична. Однако изучение состояния больного на определенном отрезке времени выявляет постепенное эмоциональное оскудение, что сказывается в безразличии к близким, резонерстве в мышлении, ограниченном обычно кругом ипохондрических переживаний. В условиях следствия у таких больных могут становиться более отчетливыми ипохондрические высказывания, которые приобретают значительно большую актуальность, чем привлечение к уголовной ответственности.

Медленное развитие болезни, растянутое во времени формирование позитивной и негативной симптоматики наблюдаются и при шизофрении с паранойяльным бредом различного содержания: реформаторства, изобретательства, сутяжным, любовным, ипохондрическим бредом, бредом ревности.

Не останавливаясь на особенностях клиники каждого из приведенных вариантов болезненного состояния (они описаны в специальных работах), мы подчеркнем, что трудности экспертной оценки состояния этих больных в значительной мере обусловлены обыденностью их высказываний, часто отсутствием явной нелепости или парадоксальности суждений, а аргументация «выводов» больных нередко находит частичное подтверждение в материалах дела.

В основе распознавания паранойяльного бреда лежит не содержание высказываний больных, взятое изолированно, а динамика болезни — не только постепенное нарастание негативной симптоматики, но и колебания интенсивности позитивных расстройств. Это периоды нерезких обострений, которые ограничиваются большей аффективной насыщенностью болезненных расстройств, что изменяет поведение больных (интенсивно работают над изобретениями, проводят бессонные ночи над соответствующей литературой, пишут множество жалоб и др.).

На отдаленных этапах болезни появляются идеи преследования, что сочетается с эмоциональной измененностью, паралогичностью мышления, неспособностью критически оценивать ситуацию. Больные с паранойяльным бредом стоят между вялопрогредиентной шизофренией и непрерывной параноидной шизофренией с умеренно-прогредиентным течением.

Умеренно-прогредиентная (параноидная) шизофрения. Параноидная шизофрения начинается обычно в возрасте старше 25 лет. Она характеризуется последовательной сменой паранойяльного, галлюцинаторно-параноидного и паранойяльного синдромов. Протяженность указанных этапов (синдромов) болезни различна. Возможна стабилизация шизофренического процесса на любом из этих этапов. Естественно, бывают отклонения и в сторону замедления, и в сторону ускорения развития болезни, вплоть до злокачественного. Такой полиморфизм прогредиентности параноидной шизофрении, по данным Института клинической психиатрии Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР, в значительной мере обусловлен возрастом больного к началу заболевания.

В судебнопсихиатрической практике наибольшие трудности для диагностики и экспертной оценки представляют сравнительно ранние этапы болезни (до развития «большого синдрома»). Они могут быть представлены как психопатоподобными и невротоподобными симптомами, так и отрывочными бредовыми идеями или паранойяльным систематизированным бредом, содержание которого нередко тесно связано с реальной обстановкой. Так, у больных отмечаются «странные» высказывания, которые не сопровождаются изменением поведения и воспринимаются окружающими как простое недовольство обстановкой в быту или на работе. Больные говорят то об ущемлении их прав и недоброжелательном отношении окружающих, то о неизлечимом заболевании. В беседе с сослуживцами они выражают недовольство по поводу того, что им поручают будто бы более сложную работу. Больные утверждают, что окружающие с особой тщательностью фиксируют время их прихода на работу и ухода, расспрашивают о семейных делах, а иногда «умышленно» приглашают принять участие в «увеселительных прогулках». Высказывают предположение, что соседи или родственники проявляют интерес к их работе, пытаются мелкими придирками провоцировать ссоры, получить о них компрометирующие сведения. Другие больные начинают подозревать жен в неверности, приводя при этом ряд доказательств, иногда переплетающихся с реальными фактами. Больные вспоминают о прошлом «легкомысленном» поведении жен, называют имена своих «соперников» (знакомые, сотрудники по работе, друзья детства и др.). Больные нередко угрожают лицам, которых подозревают в недоброжелательстве, предъявляют нереальные требования, чем как бы сами «сигнализируют» о возможности опасных действий.

В инициальном периоде болезни больные по бредовым мотивам могут нападать на «подозреваемых», причиняя им телесные повреждения, или совершать иные опасные действия. Длительность инициального этапа параноидной шизофрении различна (5—10 лет).

На манифестной стадии в случаях медленного развития бо-

лезни усложняется бредовая система, присоединяются бред воздействия и другие симптомы психического автоматизма, которые лишены чувственного компонента и бывают в этих случаях отрывочными.

В других случаях манифестная стадия болезни сопровождается резким изменением поведения больного: появляются страх, тревога, растерянность, развернутый синдром Кандинского — Клерамбо. В психопатологической структуре болезненного состояния преобладают то галлюцинаторные, то бредовые расстройства, что и определяет галлюцинаторный или бредовый вариант параноидной шизофрении, хотя в ряде случаев провести четкую границу между ними невозможно.

При острой манифестации процесса, когда на фоне растерянности, тревоги, страха появляется образный бред (значения, инсценировки, метаморфозы), больные могут совершать тяжкие опасные действия (покушения на убийства, убийства). Течение параноидной шизофрении при сохранении общего стереотипа зависит от преобладающей психопатологической симптоматики и возраста больного к началу болезни.

При развитии шизофрении в среднем возрасте и появлении в начальном периоде систематизированного бреда течение болезни остается вялым. Постепенно наступают изменения эмоциональной сферы, утрачивается привязанность к близким, сужается круг интересов, появляется пассивность, угасает актуальность бредовых переживаний, выявляются резонерство и обстоятельность в мышлении. Если болезнь начинается несистематизированными полиморфными бредовыми идеями и рано наступающими изменениями личности, то на последующих этапах ведущими в клинической картине оказываются развернутый синдром Кандинского — Клерамбо, парафренные нарушения, выраженные кататонические расстройства, так называемая вторичная (последовательная) кататония.

Обследуемый А, 36 лет, обвиняется в попытке убить свою жену и физическом сопротивлении работникам милиции при задержании. Среди родственников А психически больных нет. Рос и развивался правильно. В школе начал учиться с 7 лет, учился плохо, «из-за лени и озорства» остался на второй год в 5-м классе, после чего оставил школу. Работал кононом и грузчиком на заводе. По характеру был веселым, общительным. Алкоголем не злоупотреблял. Во время войны служил в армии. После демобилизации вновь поступил работать на завод, женился. Первые 2 года семейной жизни был доволен, но затем стал замечать, что жена «странно ведет себя». По его словам, «жена принимала у себя в доме каких-то незнакомых мужчин, имела с ними какие-то непонятные дела». Следил за женой. Обнаружил в доме «какую-то электропроводку», пришел к убеждению, что жена «участвует в шпионской деятельности».

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



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

При обследовании внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. Зрачки узковатые, реакция на свет и конвергенцию удовлетворительная. Отмечается легкая сглаженность левой носогубной складки и легкая анизорефлексия. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

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

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

Заключение. А. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (параноидная форма), неизменяем. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

**Злокачественно текущая шизофрения.** Злокачественное течение шизофрении с глубоким поражением психической деятельности наблюдается обычно тогда, когда процесс начинается в препубертатном и юношеском возрасте, хотя и здесь могут быть различия в прогрессивности. Варибельность клинических картин болезни позволила выделить такие самостоятельные формы, как простая и гебефреническая шизофрения, люцидная кататония, параноидная гебефрения и др.

Р. А. Наджаров и соавт. (1983, 1985) указывают на ряд общих признаков для этой группы больных: раннее начало болезни, начало болезни с негативных симптомов, быстрое течение болезни, полиморфизм продуктивной симптоматики при отсутствии ее синдромальной завершенности, резистентность к терапии, тяжесть конечных состояний. Характеристику злокачественной шизофрении можно дополнить еще двумя признаками, сформулированными В. П. Сербским (1901): 1) симптомы слабоумия (симптомы дефекта по современной терминологии) появляются до того, как завершается формирование личности; 2) после начала болезни наблюдается не только остановка развития личности, но и ее регресс по сравнению с тем, что было до заболевания.

Уже в начале заболевания больные становятся вялыми, безучастными, пассивными (падение «энергетического потенциа-

ла»), утрачивают интерес к знакомым, работе, стремятся к уединению, большую часть времени проводят в постели, перестают следить за своей внешностью, нередко враждебно относятся к близким родственникам. Больные испытывают затруднения при незначительном умственном напряжении, по несколько раз прочитывают одну и ту же фразу, с тем чтобы вникнуть в ее смысл, часто жалуясь «на пустоту в голове», «отсутствие мыслей».

На фоне общей пассивности и вялости у больных нередко появляется не свойственный им ранее интерес к отвлеченным вопросам философии, эстетики, истории («философская интоксикация»), причем их высказывания об этом бывают вычурными, паралогичными, резонерскими. Манифестной стадии злокачественно текущей шизофрении свойственна выраженная полиморфная симптоматика, представляющая собой сочетание бредовых идей, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, элементов психического автоматизма, кататоно-гебефренных расстройств. Возникает «большой психоз» с синдромально незавершенной картиной. Полиморфизм, изменчивость, незавершенность и быстрота развития психопатологических расстройств обычно очень затрудняют выделение очерченных вариантов этой формы течения шизофрении. Тем не менее существуют случаи с явным преобладанием галлюцинаторно-бредовых расстройств и расстройств, свойственных люцидной кататонии — наиболее тяжелому варианту злокачественной шизофрении. Конечные состояния с глубокими нарушениями психики наступают в сроки от 1 года до 4 лет, это «дурашливое», или негативистическое, слабоумие. В тех редких случаях, когда инициальный этап болезни не усложняется манифестным психозом, можно говорить о простой шизофрении. Здесь происходит стабилизация процесса на начальной стадии.

Глубокое поражение психической деятельности, эмоциональная тупость, враждебное отношение к окружающим, отсутствие осмысления обстановки нередко толкают больных к жестоким, опасным действиям. Приведем пример, иллюстрирующий особенности противоправных действий при злокачественном течении болезни, близком по клиническим проявлениям к простой шизофрении.

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

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

атсье, не реагировала на их замечания. Окружающие считали ее «чудной» или «хулиганкой».

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

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

В день правонарушения отец поздно возвратился домой и лег спать. У Н внезапно появилось желание убить отца; она схватила топор и ударила отца по голове «Жалости не было, как будто так и надо». Начала перекладывать его руки, вытерла текущую по его лицу кровь. Внезапно показалось, что на лице отца появилась улыбка, подумала, что «голова что-то думает» и, может быть, смеется над ней. Схватила нож и отрезала голову, так как «хотела, чтобы голова ни о чем не думала». Голову завернула в платок и начала ходить с ней по комнате, затем устала, села в кресло и уснула. Проснувшись утром, увидела у себя на коленях голову отца, подошла к постели, на которой вечером спал отец, «приложила голову к туловищу» и пошла в отделение милиции, где рассказала о случившемся.

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

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

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

Заключение. Н. страдает шизофренией; невменяема. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа.

**Рекуррентная (периодическая) шизофрения.** Вопрос о нозологической принадлежности рекуррентной шизофрении связан с проблемой «шизоаффективных психозов», которые не утратили своего значения до настоящего времени. Не полностью определено, являются ли шизоаффективные психозы особым вариантом шизофрении, маниакально-депрессивного психоза или самостоятельной нозологической формой.

Полиморфизм шизоаффективных психозов, усложнение психопатологической симптоматики приступов, возникновение у больных в межприступных промежутках шизоидных изменений личности, хотя и неглубоких, свидетельствуют об их прогрессивности. Это позволяет рассматривать шизоаффективные заболевания в рамках шизофрении.

Психотические состояния (приступы) при рекуррентной шизофрении, в начале заболевания с преобладанием аффективных расстройств, нередко сочетаются в дальнейшем с бредовыми и

кататоническими симптомами. Установлена такая последовательность развития приступов: этап общесоматических расстройств и колебаний аффекта (неприятные ощущения в области сердца, парестезии, расстройства сна, колебания настроения); этап бредового аффекта (страх, тревога, острый параноид с чувственным бредом и бредовым поведением); этап аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации (бред инсценировки); этап фантастически-аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации (фантастическое парафренное видоизменение бреда). Последующие этапы сопровождаются нарастанием онейроидно-кататонических явлений.

Такова картина полного развития приступа, но болезненный процесс может приостанавливаться на одном из ранних этапов. Периодической шизофрении в ряде случаев свойственна тенденция и к редуцированию картины приступов. Так, онейроидно-кататонические расстройства в дальнейшем могут редуцироваться, последующие приступы становятся все более незавершенными и картина отдаленных приступов приближается к «чисто» аффективной. В этих случаях изменения личности выражаются в психической слабости: снижении инициативы, активности, ограничении контактов, утрате самостоятельности. Часто появляется психическая ригидность.

Большая прогрессивность наблюдается тогда, когда в картине приступа ведущими оказываются бредовые расстройства. В таких случаях сопутствующие изменения личности характеризуются аутизацией и эмоциональным уплощением.

**Приступообразно-прогрессивная (шубообразная) шизофрения** сочетает в себе признаки непрерывно-прогрессивного процесса с очерченными приступами, во многом напоминающими те, что встречаются при рекуррентной (периодической) шизофрении, относящейся к приступообразным формам.

Приступы болезни отличаются от обострений непрерывно-текущей шизофрении тем, что в их структуре появляются новые расстройства, иной регистр симптомов, а не обострение имевшихся ранее нарушений.

Прогрессивность при шубообразной шизофрении может быть различной. Так, на фоне инициального периода болезни, который по своим клиническим проявлениям мало чем отличается от такового при вялотекущей шизофрении (неврозоподобные, паранойяльные нарушения и др.), спустя 3—6 лет появляются аффективные приступы — от циклотимических колебаний до длительных (до 2 лет) депрессивных или маниакальных состояний.

Последующие приступы отличаются большей «эндогенизацией» и сопровождаются тоской, моторной заторможенностью, идеями виновности. Наряду с углублением депрессии появляются идеи отношения, вербальные иллюзии. В структуре маниакальных состояний ведущим оказывается экспансивный бред (изобретательства, реформаторства, величия). Такие приступы

нередко бывают затяжными (до 3 лет), что не характерно для периодической (рекуррентной) шизофрении.

От приступа к приступу негативная симптоматика усугубляется (аутизм, эмоциональное снижение), но грубого дефекта не возникает. Более прогрессивное течение наблюдается там, где на фоне паранойяльных расстройств инициального периода (бредовые идеи отношения, ревности, изобретательства, сутяжный и любовный бред) возникают аффективно-бредовые приступы. В этих случаях приступу предшествуют аутохтонные аффективные расстройства. У больных бывают депрессия с ипохондрией или бредом преследования, острый паранойяльный синдром с тревогой, бредом отравления, преследования, истинный галлюциноз, остро развивающийся синдром Кандинского — Клерамбо.

В межприступных промежутках могут оставаться в редуцированном виде продуктивные расстройства (бред, галлюцинации), нарастают изменения личности, на отдаленных этапах течение болезни приближается к непрерывному.

При наиболее злокачественном течении шубообразной шизофрении, приближающемся к юношеской непрерывнотекущей (начинающейся в возрасте 11—12 лет), инициальные проявления болезни складываются из падения психической активности, бездеятельности, отчуждения, отдельных кататонических явлений, атипичных аффективных расстройств и психопатоподобного поведения с оппозицией к окружающим, вспышками раздражительности, садистскими актами, алкогольными эксцессами. На этом фоне может возникнуть дурашливое возбуждение, а иногда бывают депрессивные расстройства с импульсивной агрессией.

Приступы начинаются с дурашливости, назойливости, стереотипных действий, двигательного возбуждения. Манifestные проявления состоят из аффективных, бредовых, кататонических нарушений. Кататоническое возбуждение обуславливает нецеленаправленные, хаотичные, вычурные движения, нередко импульсивные. Часто отмечается стереотипия движения и речи. При речевом возбуждении, которое может не сопровождаться общим двигательным возбуждением, больные выкрикивают отдельные слова, фразы, не имеющие между собой никакой связи; понять речь такого больного невозможно. Больные иногда повторяют слова и действия окружающих (эхолалия, эхопраксия). Возбуждение может быть очень кратковременным (несколько минут) или затягиваться на многие дни и недели; оно может смениться двигательной заторможенностью от некоторой замедленности и скованности движений до полной обездвиженности с различными формами ступорозных состояний.

При кататоническом ступоре больные неподвижны. Положение в постели может быть различным: они то принимают эмбриональную позу, то лежат с разогнутыми конечностями. Изменить их положение обычно не удается. У больных отмечается мутизм, иногда возникает явление, известное под названием

катаlepsии, или восковидной гибкости, когда поднятая рука или нога надолго застывает в приданном положении. Подобные больные в постели могут подолгу держать голову над подушкой (симптом «воздушной подушки»). При прикосновении к губам больной иногда складывает их в трубочку и вытягивает вперед (симптом «хоботка»).

Выраженность двигательной заторможенности в течение суток может меняться. Она меньше ночью, а также после сна. Дополнительные сильные и резкие раздражения, как правило, углубляют заторможенность больных, но изредка могут вывести их из ступора. В спокойной обстановке, при обращении тихим голосом иногда удается получить адекватный ответ.

Одним из ярких признаков этого синдрома является *негативизм*, когда больные не выполняют тех действий, которые им предлагают, или совершают противоположные. Негативизм часто становится причиной отказа от пищи.

### *Понятие ремиссии и дефекта*

Мнения о возможности благоприятных исходов при шизофрении весьма разноречивы. Е. Краерелін (1913) крайне пессимистически смотрел на прогноз шизофрении. Выздоровление, по его данным, наблюдалось лишь в 2,6—9,1% случаев, больных с благоприятным исходом было несколько больше — 14—17%. В эту группу Е. Краерелін включил также больных, которые, несмотря на признаки болезни, могли жить дома и обслуживать себя. Какой-либо определенной зависимости между формой заболевания и исходом Е. Краерелін не устанавливал. Он выделял следующие варианты конечных стадий: простое слабоумие с дефектом эмоциональной сферы при сохранении некоторой трудоспособности; галлюцинаторное слабоумие; параноидное слабоумие; слабоумие с разорванностью мышления; тупое слабоумие; слабоумие дурашливое, манерное и негативистическое.

Е. Bleuler (1911) отрицал возможность полного выздоровления и считал, что улучшения бывают лишь в результате редукции добавочных симптомов. Вместе с тем он указывал, что у 60% больных в конце концов возникает истязательный дефект и они могут приспособляться к жизни.

Изучая всех больных шизофренией старше 65 лет, которые помещались в психиатрические больницы Швейцарии с 1900 по 1962 г., L. Ciompi (1980) нашел благоприятный исход у 49%; из них у 27% отмечалась полная ремиссия с минимальными резидуальными явлениями. В 42% случаев был среднетяжелый или тяжелый неблагоприятный исход, в 9% — неустойчивые состояния, при которых точная оценка оказалась невозможной. С. А. Watts (1985) при длительном катамнестическом наблюдении шизофрении выявил практическое выздоровление у 28%, минимальную инвалидизацию — у 27%, тяжелую и полную инвалидизацию — у 45% больных.

Проблема дефектных состояний при шизофрении наиболее полно разработана Д. Е. Мелеховым (1965). Он отмечал, что нет ни одного патогенетического и клинко-психопатологического критерия, который можно было бы рассматривать как основной для отграничения стадии дефекта от стадии активного процесса. Многие типичные проявления активного процесса, по мнению автора, надолго фиксируясь, могут становиться частью дефектного состояния. Напротив, нарастание симптомов дефекта может доказывать существование активного процесса. Говоря о том, что дефектные состояния далеко не стабильны, изменчивы, Д. Е. Мелехов (1965) подчеркивал их постоянную готовность к сдвигу. При этом динамика дефекта может проявляться в неадекватных ситуации колебаниях настроения, реактивных состояниях, патологическом развитии постпсихотической личности.

Под словом «ремиссия» принято понимать частичное или полное исчезновение признаков заболевания. Такое состояние может наступить в силу особых закономерностей течения заболевания (спонтанная ремиссия) или в связи с терапевтическими воздействиями (терапевтическая ремиссия). Интересна классификация типов ремиссий, предложенная В. М. Морозовым и Ю. К. Тарасовым (1951): гиперстенический — с педантизмом, аккуратностью, повышенной работоспособностью при однообразных условиях; астенический — с повышенной утомляемостью и потребностью в частом отдыхе; параноидный — с подозрительностью, недоверчивостью, возникновением бредовых идей при утомлении; ипохондрический.

В судебно-психиатрической практике зачастую приходится оценивать психический статус больных шизофренией в состоянии дефекта или в ремиссии с теми или иными признаками дефицитарных расстройств. Экспертная оценка этих состояний, особенно при минимальных личностных изменениях, напоминающих лишь отдельные психопатические проявления, бывает чрезвычайно сложной и зачастую спорной. Эти трудности становятся еще более заметными в связи с современным патоморфозом шизофрении.

### *Патоморфоз шизофрении*

За последние 25—30 лет в клинических проявлениях шизофрении произошли изменения, несомненно отражающие объективную эволюцию болезни в сторону малопрогredientных форм. Многие ученые отмечают, что патоморфоз шизофрении прежде всего заключается в учащении относительно благоприятных состояний, способности многих больных находиться в обществе, сохраняя трудовые и социальные связи [Хохлов Л. К., 1977; Врублевский А. Г., 1978; Кондратьев Ф. В., 1985; Lambert P. T., Midinet M., 1975; Littmann S. K., 1976]. Причины этого явления усматриваются прежде всего во влиянии активной терапии пси-

хозов — терапевтический патоморфоз [Вовин Р. Я., 1977; Авруцкий Г. Я., 1981; Саарма Ю. М., 1983]. При этом выявляются значительные снижения числа конечных состояний, тяжелых кататоний, развернутых парафрений и увеличение распространенности аффективных, астенических, неврозоподобных синдромов. Происходит сдвиг на более легкие регистры поражения. Общий стереотип болезни сохранился, но стал растянутым по времени. Некоторые авторы пишут и об отрицательных сторонах патоморфоза — более кратких, но более частых, чем прежде, госпитализациях больных с приступообразными формами шизофрении [Цаунэ М. К., 1985], возрастании риска суицидов в состоянии ремиссий как реакции на болезнь и др.

Наряду с лечением в патоморфозе, по-видимому, участвуют биологические причины (изменения общей реактивности организма) и некоторые социальные, в том числе культуральные, факторы [Шостакович Б. В., Свириновский Я. Е., 1985].

Сдвиг в сторону малопрогрессирующих, относительно благоприятных форм шизофрении приводит к значительным дифференциально-диагностическим трудностям, особенно при отграничении шизофрении от психопатии в судебно-психиатрической клинике.

### Дифференциальная диагностика

Наибольшие трудности и соответственно расхождения во мнениях между экспертами возникают при распознавании продромального периода болезни и ее подострого начала, при вялотекущем шизофреническом процессе, в случаях глубоких ремиссий, при сочетании шизофрении с алкоголизмом, при возникновении болезни после психических травм, когда в клинической картине имеются психогенные включения. Трудно отграничить от начальных симптомов шизофрении различные формы невротических состояний и психопатии. Детальное изучение клинической картины, изменений характерологических особенностей больного и внешних событий, предшествующих заболеванию, помогает правильной диагностике.

При невротических состояниях ведущими являются симптомы раздражительной слабости, астении; эмоции у больных невротиками более живые и обусловлены обстоятельствами. В то же время уже в начальном периоде шизофрении удается отметить эмоциональную неадекватность, элементы расстройства мышления в виде «остановки» мыслей, «наплывов», иногда начальные проявления аутизма. В некоторых случаях, по определению В. М. Морозова, эмоциональные реакции больных чрезмерно ригидны, а реальная ситуация, вызывая их, не только начинает незаслуженно преобладать в сознании больных, но и получает уже несомненно болезненное толкование. Распознаванию еще не очерченной клинической картины шизофрении, определению нозологической принадлежности неврозоподобной симптоматики в некоторых случаях помогает характер общественно опасного



действия, которое на этой стадии болезни нередко является «чуждым» больному и совершается как бы «вопреки ожиданию».

При дифференциальной диагностике шизофрении и психопатии имеют значение изменения личностных особенностей, появление апатии, безразличия, расстройств мышления. Как показывают катамнестические наблюдения, несвоевременное распознавание шизофрении, сначала диагностируемой как психопатия, связано с чрезвычайно медленным развитием психических изменений, свойственных шизофрении.

Значительные трудности представляет и дифференциальная диагностика в случаях ремиссий с психопатоподобным поведением больных, когда истинная природа психических изменений становится ясной только при достаточно тщательном исследовании и углубленном изучении динамики психического состояния. Для диагностики наряду с данными о течении болезни существенны такие признаки, как рудименты бредовых идей, кататонно-гебефренические «микросимптомы», вычурные позы, легкая дурашливость, элементы «кривой» логики. Большие трудности возникают тогда, когда приходится отграничивать шизофрению с систематизированным бредом от патологического (паранойяльного) развития психопатических личностей. Против последнего говорят политематичность бредовых идей, характерная для шизофрении неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций и постепенное появление признаков шизофренического дефекта.

В стадии развития клинических симптомов дифференциально-диагностических затруднений меньше, чем в начальном периоде. В этих случаях шизофрению приходится отличать от симптоматических психозов с шизофреноподобной симптоматикой (ревматические психозы, сифилис мозга, травматические психозы и др.), а также от циркулярного и пресенильного психозов.

При шизофрении в отличие от симптоматических психозов наряду с бредом, галлюцинациями, синдромом Кандинского — Клерамбо, возбуждением, кататоническими проявлениями обнаруживаются характерные особенности: расщепление психики и аутизм. При симптоматических психозах, обусловленных органическим поражением, выявляются свойственные этим заболеваниям снижение памяти и интеллекта по органическому типу, истощаемость и т. п.

Весьма важно отграничение шизофрении от реактивных психозов, с которыми часто приходится встречаться в судебно-психиатрической практике. В ряде случаев природу болезненного состояния можно уверенно установить только с учетом динамики психических расстройств [Морозов Г. В., 1968].

В протрагированной психотравмирующей судебно-следственной ситуации нередко происходит видоизменение клинической картины шизофрении. Психогенные включения бывают чрезвы-

чайно разнообразными, и их симптоматика во многом зависит от этапа и формы течения процесса. Могут наблюдаться ситуационно окрашенные галлюцинаторные и бредовые переживания, особенно у больных с параноидным вариантом течения психоза и при параноидных приступах [Герасимов С. В., 1980]. Зачастую в клинической картине преобладает депрессивный аффект, производящий впечатление адекватного ситуации реагирования личности и маскирующий ведущие расстройства, свойственные шизофрении. В то же время его монотонность, нередкое сочетание с ипохондрическими проявлениями позволяют говорить о процессуальной природе заболевания. Психическая травма особенно влияет на больных шизофренией в состоянии ремиссии, когда возможны очерченные реактивные состояния с истериформной или депрессивно-параноидной симптоматикой или заметные экзацербации шизофренических расстройств. Такие же расстройства возникают под влиянием психической вредности у больных вялотекущей шизофренией. При этом не менее чем в половине случаев после перенесенного психогенного обострения основной процесс утяжеляется и быстрее выявляются дефектные симптомы [Ильинский Ю. А., 1983]. Вместе с тем еще А. Н. Бунеев (1938) отмечал, что под влиянием психической травмы может происходить «временное собирание личности», когда живая, адекватная аффективность пронизывает шизофреническую симптоматику. Подверженность шизофрении экзогенным влияниям и большое феноменологическое разнообразие проявлений этих влияний дали основание говорить о сугубой динамичности шизофренических расстройств вообще и в судебно-психиатрической клинике особенно.

При дифференциальной диагностике необходимо учитывать все обстоятельства, предшествующие заболеванию, так как в клинической картине реактивных психозов (бред, галлюцинации и т. д.) могут находить отражение переживания, связанные с психической травмой. У больных реактивными психозами так же, как и у больных шизофренией, можно наблюдать отгороженность от окружающего, недоступность, негативизм, длительную заторможенность, мутизм. Однако наряду с указанными симптомами больные реактивными психозами при внешней недоступности, как правило, обнаруживают яркие вегетативные реакции (учащение пульса и дыхания, гиперемия лица, сильное потоотделение и т. д.).

При шизофрении с психогенными наслоениями нарушается основное качество психогенных реакций, что проявляется в «симптоме обнаженности». Нарушаются непрерывность течения и закономерности усложнения реактивного состояния, целостность структуры реактивного состояния.

Особенно затруднена дифференциальная диагностика шизофрении, когда заболевание обнаруживается в период следствия или в местах лишения свободы как острые галлюцинаторно-параноидные проявления. Бредовые идеи отношения, преследова-

ния, обвинения в этих случаях сопровождаются напряженным аффектом, страхом, тревогой. Истинные слуховые галлюцинации, а также псевдогаллюцинации отражают реальную психотравмирующую ситуацию, связаны с определенными лицами, имеющими отношение к окружению больного, суду и следствию. Можно наметить ряд опорных пунктов, помогающих ранней диагностике этих болезненных состояний.

При шизофрении синдром психического автоматизма отличается большим многообразием: наряду с элементами идеаторного автоматизма имеются феномены исчезновения мыслей. Нередко в структуру болезненного состояния включаются явления двигательного и аффективного автоматизма. В начале заболевания есть определенная связь содержания псевдогаллюцинаций с психотравмирующей ситуацией, в дальнейшем эта связь утрачивается, «голоса» нередко становятся императивными. Бред также утрачивает связь с реальной ситуацией и обнаруживает склонность к систематизации. С течением времени напряженный аффект страха сменяется вялостью, заторможенностью, дурашливостью, неадекватностью.

В отличие от галлюцинаторно-параноидных синдромов реактивного генеза в состоянии больных шизофренией наблюдаются внезапные, не зависящие от внешних условий спонтанные колебания — бред становится то более интенсивным, то ослабевает, а иногда на некоторое время полностью исчезает.

Трудно выявить шизофренический процесс, особенно при медленно прогрессирующей параноидной шизофрении, у больных, злоупотребляющих алкоголем. Алкогольная интоксикация наряду с другими факторами — психогенными и соматогенными — может вызывать обострение болезни. В таких случаях симптомы (бредовые идеи, единичные галлюцинации), развившиеся после употребления алкоголя, без учета течения заболевания в целом иногда расцениваются не как болезненные, а как обусловленные лишь похмельем. Это бывает особенно часто тогда, когда в материалах дела содержатся данные о склонности обследуемого к дебоширству, хулиганству, агрессии. Систематическое пьянство, пьяные дебоши могут создавать фасадный банальный «алкогольный облик» и маскировать симптоматику шизофрении. Для распознавания болезни важно то, что бредовые высказывания, которые в состоянии опьянения становятся более отчетливыми, не являются чем-то новым, не свойственным больному ранее. Такие высказывания наблюдаются на всем протяжении болезненного процесса и наряду с другими особенностями психики не исчезают в состоянии алкогольного опьянения.

### **Вопросы этиологии и патогенеза**

Этиология и патогенез шизофрении до настоящего времени остаются неясными.

До последнего времени зарубежные авторы, которые исхо-

дят из положений психодинамической концепции [Sullivan H., 1953; Arietti S., 1960] и представлений психиатров-экзистенциалистов об особой форме существования личности больных шизофренией, пытаются связать происхождение шизофрении с психогенными влияниями и воздействиями. Позиции этих ученых не имеют убедительных клинических обоснований и мало доказательны в практическом плане.

Более обоснованными представляются биологические концепции генеза шизофрении.

Данные многих исследований свидетельствуют о наследственном предрасположении к шизофрении. Близнецовым, популяционным и клинико-генеалогическим методами получены данные о большей частоте шизофрении среди родственников больных и о зависимости риска по шизофрении от биологического родства с больным шизофренией, а не от общности средовых влияний. Однако до сих пор нет четких данных о модусе наследования шизофрении и высказываются мнения о генетической гетерогенности различных клинических форм шизофрении [Милев В., Москаленко В. Д., 1988].

Значительная роль в патогенезе шизофрении отводится различным особенностям метаболизма нейромедиаторов (катехоламинов, серотонина и др.), активности ферментов, осуществляющих обмен моноаминов, изменениям опиатной системы. Био- и нейрохимические теории имеют ряд существенных доказательств роли нарушений обмена в развитии болезненных расстройств, некоторые из них подтверждаются результатами применения лечебных средств, корригирующих измененный метаболизм. Вместе с тем убедительных данных в пользу какого-либо одного типа нарушений не имеется, так же как не всегда достаточно ясна и доказательна первичность выявленных при заболевании изменений [Seidel K., Uebelhack R., 1988]. Большое значение для понимания патогенеза шизофрении имеют также многочисленные иммуногенетические исследования, изучение нейроаллергических и аутоиммунных процессов, свидетельствующие о вовлечении в патогенез шизофрении системы иммунитета.

Компьютерная томография в последние годы показала изменения объема мозга (уменьшение), главным образом передних отделов, у больных шизофренией и недостаточное кровоснабжение тех же мозговых структур, сопровождающееся гипоксией.

Суммируя данные различных биологических исследований шизофрении последнего десятилетия, можно предположить, что в основе этого заболевания лежит какой-то еще не ясный деструктивный процесс в мозге.

### **Лечение**

Лечение больных шизофренией, начатое в условиях судебно-психиатрической экспертизы и продолженное в психиатрической больнице, в том числе и принудительное лечение с последующим

внебольничным наблюдением, должно составлять единый комплекс.

Некоторые судебные психиатры считали, что в их задачу не входит проведение лечебных мероприятий. Негативное отношение к лечению в судебно-психиатрических стационарах может быть связано также с необоснованным опасением сглаживания болезненной симптоматики, что якобы затрудняет распознавание болезни.

Опыт лечения в условиях экспертизы показывает, что своевременно начатая терапия способствует не только большей эффективности лечения в целом, но, улучшая общее состояние больных, делает их более доступными контакту и, таким образом, помогает правильной психопатологической квалификации болезненного состояния и распознаванию болезни. В частности, применение нейролептических средств при шизофрении в условиях судебно-психиатрической экспертизы показало их эффективность в отношении психогенных наслоений или обострений шизофренического процесса, возникших под действием психотравмирующей ситуации.

При проведении принудительного лечения следует, в частности, учитывать такие свойства нейролептических ремиссий, как «зашторивание» позитивной симптоматики. Эта симптоматика, особенно бредовые идеи, галлюцинаторные расстройства, может быстро актуализироваться у больных, преждевременно выписанных без поддерживающей терапии. В целях реабилитации больных и профилактики повторных общественно опасных действий необходима связь больниц, где проводится принудительное лечение, с учреждениями, осуществляющими последующее внебольничное наблюдение. При шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом, необходимо сочетать лечение шизофрении нейролептиками с симптоматическим курсом противоалкогольного лечения.

Лечение больных психотропными средствами повлекло за собой, как отмечено выше, изменение клинических проявлений этой болезни — лекарственный (терапевтический) патоморфоз. В наибольшей мере лекарственный патоморфоз отмечается в случаях рекуррентной и близкой к ней по клиническим особенностям приступообразно-прогредиентной шизофрении. В меньшей степени он наблюдается при непрерывнотекущей и прогредиентной шубообразной шизофрении. Однако и при них влияние терапии психотропными средствами на клиническую картину несомненно. В судебно-психиатрической клинике практически исчезли такие тяжелые расстройства, как шизофазия и речевая бессвязность; кататонические и парафренные состояния чаще встречаются в неразвернутом виде.

Во время принудительного лечения активное медикаментозное воздействие необходимо сочетать с широким кругом комплексных реабилитационных мероприятий. Такая комплексная терапия влияет не только на клиническую картину болезни,

особенно в период ремиссий, но и на поведение больных, их трудовую установку.

В комплекс реабилитационных мероприятий должны входить не только трудовая терапия, вовлечение больных в культурно-массовую работу, но и установление связи с родственниками и близкими людьми; все это благотворно влияет на состояние больных и их ресоциализацию.

### Судебно-психиатрическая оценка

Около 50% лиц, признаваемых невменяемыми, страдают шизофренией. Это объясняется особенностями клинических проявлений и относительной частотой данного заболевания. Если у больного обнаруживается отчетливая клиническая картина шизофрении или явные признаки дефекта, то трудностей при судебно-психиатрической оценке не возникает. Если заболевание начинается в период следствия или при отбывании наказания, то суд освобождает такого больного от уголовной ответственности согласно ч. 2 ст. 11 УК РСФСР и ст. 362 УПК РСФСР, хотя в отношении инкриминируемого деяния они могут считаться вменяемыми. Таких больных по решению суда направляют на принудительное лечение в психиатрические больницы.

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

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

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

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

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

Ф среднего роста, правильного телосложения. На верхушке сердца прослушивается систолический шум, имеется акцент II тона на легочной артерии (недостаточность двустворчатого клапана). Остальные внутренние органы без отклонений от нормы.

При неврологическом обследовании признаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено.

Ф. малодоступен, растерян, тревожен, часто испуганно озирается по сторонам, в контакт с врачом вступает формально

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

Заключение Ф страдает психическим заболеванием в форме шизофрении, в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в состоянии острого болезненного расстройства психической деятельности, невменяем. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

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

Обследуемая З, 48 лет, обвинялась в клевете на своих соседей.

Росла и развивалась правильно. В возрасте 7 лет поступила в школу, училась хорошо, была любознательна, общительна, имела много подруг. По окончании 7-го класса З. поступила на курсы машинописи, которые успешно окончила, одновременно училась на курсах иностранных языков. Работала машинисткой. В первые годы работы принимала активное участие в общественной жизни, занималась в кружках самодеятельности. В дальнейшем круг интересов стал суживаться, сделалась замкнутой, малообщительной, начала подозревать сотрудников в недоброжелательном к ней отношении, вступала в конфликты, меняла места работы.

В возрасте 25 лет была направлена на консультацию в психоневрологический диспансер, в котором с тех пор состояла под наблюдением с диагнозом «шизофрения». Жила одиноко, постоянно была напряженной, подозрительной, ссорилась с соседями.

Несколько лет назад решила переехать в другую квартиру, так как ей казалось, что соседи портили ее вещи, забирались к ней в запертую комнату, нарочно шумели, не давая ей спать. После переезда в новую квартиру, по словам З., ее стали преследовать и новые соседи, которые «проникали» в ее комнату, «брали вещи», «отравляли приготовленную пищу» в связи с чем З. начала подавать многочисленные заявления в суд.

Внутренние органы без отклонений от нормы. Климакс с 45 лет.

При неврологическом обследовании признаков очагового поражения центральной нервной системы не выявлено

З. эмоционально несколько вяла, однообразна, гиподинамична. Склонна к резонерству, без всякой критики рассказывает о различных преследованиях со стороны соседей. Себя считает совершенно здоровой. Просит проверить состояние ее психического здоровья по учебнику немецкого языка, с которым не расстанется в отделении. Формально поведение правильное, с больными избирательно общительна. Память на прошлые события несколько снижена, мышление непоследовательное, с элементами разорванности. Критика к своему состоянию и создавшейся ситуации отсутствует

Заключение: З страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (медленно текущий шизофренический процесс), в отношении инкриминируемого правонарушения невменяема. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа. В дальнейшем должна находиться под наблюдением психоневрологического диспансера

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

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

Вместе с тем еще E. Bleuler (1920) и E. Kahn (1923) считали, что в ряде случаев при шизофрении происходит выздоровление или значительное улучшение и поэтому возможна вменяемость таких больных. При этом подчеркивается, что полной *restitutio ad integrum* может и не наступить, но способность к положительной социальной адаптации, устойчивая трудоспособность, сохранность интеллекта позволяют говорить о практическом выздоровлении. Такие состояния по существу являются длительными и стойкими ремиссиями. Иногда ремиссии длятся 20—49 лет [Штернберг Э. Я., Молчанова Е. К., 1977]. Зачастую при этих состояниях не отмечается заметного снижения энергетических возможностей личности, остается достаточно сохранной активность, и даже при психопатоподобных, неврозоподобных и отдельных эмоциональных нарушениях сохраняется вполне удовлетворительная социальная адаптация. В ремиссиях подобного рода психопатоподобные и неврозоподобные образования не носят признаков прогрессивности, их динамика обычно определяется не процессуальными, а внешними факторами. Сохранность психических функций таких больных, отсутствие признаков прогрессивности свидетельствуют о стойкости улучшения и практическом клиническом выздоровлении. При этом



правомерно заключение об их вменяемости [Морозов Г. В. и др., 1983]. Катамнестическое исследование лиц с диагнозом «шизофрения» в анамнезе, признанных экспертными комиссиями вменяемыми на приведенном выше основании, показало, что более чем у 90% не наблюдалось обострений заболевания или неправильного поведения во время отбывания наказания [Печерникова Т. П., Шостакович Б. В., 1983].

Обследуемый Х., 37 лет, обвинялся в подделке документов. С детства был общительным, вспыльчивым. Окончил 8 классов. Дважды был судим за кражу. Наказания отбывал полностью.

В 22 года внезапно изменилось поведение, стал злобным, настороженным, высказывал идеи отношения, преследования, предлагал родной сестре выйти за него замуж, пытался убить ее. С диагнозом «приступообразно-прогредиентная шизофрения, депрессивно-параноидный приступ» был доставлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу, где обнаружил бессвязное, резонерское мышление, был дурашливым, манерным, высказывал отрывочные бредовые идеи отношения, преследования. По мере лечения психотическая симптоматика утратила актуальность. Был выписан из больницы под наблюдение психоневрологического диспансера.

В дальнейшем в психиатрические больницы не помещался, лечения не получал. Работал в течение 10 лет проводником пассажирских вагонов. Замечаний по работе не имел. Женат, имеет ребенка. Отношения в семье теплые. Жена никаких странностей в поведении Х. не отмечала.

Во время обследования жался свободно, был активен в беседе, эмоционально адекватен. Психотической симптоматики не обнаруживал. С критикой относился к своему состоянию и сложившейся ситуации. Об имевшихся в прошлом переживаниях говорил неохотно, считал их болезнью, полагал, что был болен около полугода, затем постепенно «стал разбираться в происходящем». Утверждал, что в дальнейшем никогда не возникало страхов, опасений. С сестрой отношения хорошие. Подделку документов объяснял желанием скрыть пребывание в психиатрической больнице.

Заключение: Х. перенес острый приступ шизофрении с последующей редукцией болезненных проявлений и формированием стойкой длительной ремиссии. О ремиссии свидетельствуют отсутствие на протяжении 15 лет без лечения какой-либо психотической симптоматики и признаков эмоционально-волевого дефекта, способность к устойчивой социально-трудовой и семейной адаптации, адекватность поведения. В отношении инкриминируемого правонарушения вменяем.

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

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

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

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

Следует особо подчеркнуть большую социальную опасность больных в период манифестации болезни (развитие «большого синдрома»), которая сопровождается растерянностью, тревогой, страхами, а также при переходе параноидальных расстройств в параноидные с синдромом психического автоматизма. Нельзя забывать и о возможности симуляции и диссимуляции у больных шизофренией (см. главу 26).

Нередко больные шизофренией проходят судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами, когда решаются вопросы дееспособности и соответственно опеки. Между экспертными показателями вменяемости и дееспособности в некоторых случаях бывает расхождение (см. главу 7). Особенности клиники шизофрении, диссоциированная адаптация больных и различные требования отдельных видов правоотношений требуют дифференцированного подхода к состоянию больных применительно к разным правовым актам [Шостакович Б. В. и др., 1981].

В большинстве случаев решается вопрос об учреждении опеки, далее по частоте следуют дела, касающиеся брачно-семейных отношений, имущественные споры и т. д. Больные вялотекущей шизофренией с неврозоподобными проявлениями без признаков активной прогрессивности процесса обычно могут понимать значение своих действий и руководить ими. Больные с психопатоподобным и параноидальными вариантами этого типа течения часто нуждаются в опеке. Психотические состояния в рамках непрерывной или приступообразной шизофрении несомненно влекут за собой невозможность понимать значение своих действий и руководить ими. Более сложна экспертиза больных, находящихся в состоянии ремиссии. При хорошем качестве ремиссий (на уровне интермиссий), ремиссиях гиперстенического и, реже, астенического типов больные сохраняют дееспособ-

ность. При параноидных, апатико-абулических ремиссиях больные обычно не могут осуществлять полноценные социальные связи, у них глубоко нарушается адаптация. Такие больные обычно нуждаются в опеке. Опыт психиатров-экспертов показывает, что решение вопроса о недееспособности как очень серьезная мера изменения гражданского состояния больных должно быть чрезвычайно продуманным и обоснованным. Нецелесообразно спешить с таким заключением; в частности, следует рекомендовать откладывать окончательное решение по вопросу учреждения опеки до выяснения характера наступающей ремиссии, до ее «вызревания».

## Глава 10

### МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии). Заболевание значительно чаще развивается у женщин, чем у мужчин.

Этиология и патогенез этого психоза, несмотря на длительные исследования, остаются недостаточно ясными. В. П. Протопопов (1957), рассматривая маниакально-депрессивный психоз как заболевание всего организма, связал происхождение основной симптоматики, обнаруживаемой у больных, с патологией таламо-гипоталамической области, с расстройствами регуляции центральных вегетативных механизмов. И. П. Павлов (1934) в патогенезе маниакально-депрессивного психоза придавал большое значение нарушениям циркулярности нервной деятельности.

#### Клинические проявления

Маниакальная фаза проявляется 3 основными клиническими признаками: повышенным, радостным настроением, ускорением интеллектуальных процессов, речевым и двигательным возбуждением. Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается надолго на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считаются с настроением окружающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми. Они переходят от одного занятия к другому, обычно не заканчивая ни одного. Повышенное настроение и снижение критики сопровождаются переоценкой собственной личности. Идеи величия обычно сводятся к напо-

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

Обследуемый Е., 29 лет, слесарь, обвиняется в хулиганских действиях

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

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

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

Заключение: Е. страдает маниакально-депрессивным психозом, совершил правонарушение в болезненном состоянии (маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза); неизменяем. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

Данное наблюдение относится к типичному случаю маниакально-депрессивного психоза со сменой депрессивных и маниакальных фаз и характерной для них симптоматикой. Есть основание полагать, что алкогольное опьянение усилило эмоциональные и волевые расстройства, свойственные маниакальному состоянию, и способствовало совершению правонарушения.

**Депрессивная (меланхолическая) фаза** как бы противоположна по клиническим проявлениям маниакальной фазе, характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью. Тоска может стать «безысходной», сопровождаться субъективными ощущениями безразличия к здоровью и судьбе своих близких, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии. Для депрессивной фазы типичны бредовые идеи самообвинения, самоуничужения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства, которые для окружающих тем более неожиданны, чем менее клинически выражено депрессивное состояние и чем более тщательно диссимулируются суицидальные мысли и намерения. Возможно так называемое расширенное самоубийство — убийство членов своей семьи и затем самоубийство. Больные совершают подобные поступки, чтобы «избавить всех и себя от предстоящих еще больших мучений или позора», в неотвратимости которых они испытывают непоколебимую болезненную уверенность. Больные упорно и длительно отказываются от пищи, что заставляет прибегать к систематическому искусственному кормлению. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством (*raptus melancholicus*), которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения; больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя.

Нередко встречаются **смешанные состояния**. Они характеризуются определенным сочетанием у одного больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе одной фазы в другую. В зависимости от сочетания компонентов различных фаз различают «заторможенную манию», «маниакальный ступор», «непродуктивную манию» и т. д.

**Циклотимия** является легкой, смягченной формой маниакально-депрессивного психоза и встречается чаще, чем его выраженные формы. Симптомы клинически очерчены нерезко, что затрудняет своевременное распознавание заболевания. В гипоман-

ниакальной фазе (гипоманиакальное состояние) больные вследствие несколько повышенного настроения, стремления к деятельности, речедвигательной оживленности мешают окружающим, бывают недисциплинированы, совершают прогулы, проявляют склонность к растратам, кутежам, половой распущенности. Окружающие нередко расценивают такое поведение больных как проявление недисциплинированности.

В депрессивной фазе циклотимии (субдепрессивное состояние) больные испытывают некоторую подавленность, тоскливость, понижение работоспособности, заторможенность, что сопровождается понижением активности и продуктивности труда. Отмечается склонность к самообвинению, часто совершаются попытки самоубийства, для окружающих в большинстве случаев неожиданные, так как болезнь ранее никто не замечал.

**Течение заболевания и прогноз.** Периодичность фаз очень разнообразна, что затрудняет предсказание дальнейшего течения заболевания. Длительность приступов колеблется от нескольких месяцев (1—2) до года и более. Прогноз отдельного приступа благоприятен, приступ заканчивается выздоровлением без какого-либо психического дефекта.

### Дифференциальная диагностика

Наиболее часто приходится отличать маниакально-депрессивный психоз от шизофрении, протекающей приступами с аффективными расстройствами — маниакальными и депрессивными, а психический дефект, особенно после первых приступов, выражен слабо.

При маниакальной фазе в отличие от циркулярной шизофрении отмечаются большее влияние на содержание мышления реальных впечатлений, доступность и экстравертированность больного. Депрессивное состояние при маниакально-депрессивном психозе более интенсивно выражено в утренние часы, реже, чем при шизофрении, к депрессии присоединяется тревога. При шизофрении полиморфизм психопатологических расстройств больше, чем при маниакально-депрессивном психозе.

При отграничении депрессивной фазы циркулярного психоза от инволюционной меланхолии приходится прежде всего учитывать, что в картине пресенильной меланхолии преобладает тревога, а не тоска, для нее характерно отсутствие заторможенности, бредовые идеи ущерба, обвинения могут быть нелепыми, что связано с интеллектуальным снижением.

Депрессивные состояния вследствие церебрального атеросклероза отличаются от депрессивной фазы циркулярного психоза «недержанием эмоций», слезливостью, астенией, сопровождаются расстройствами памяти, снижением интеллекта.

Отграничение депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза от реактивной депрессии основывается прежде всего

на том, что реактивный психоз возникает в связи с психической травмой, в его психопатологическую структуру нередко входят элементы других психогенных расстройств. У больных маниакально-депрессивным психозом в условиях следствия и пребывания на судебно-психиатрической экспертизе возможно развитие психогенной депрессии. В таких случаях сочетание симптомов двух заболеваний значительно затрудняет дифференциальную диагностику, и вынести экспертное заключение нередко можно лишь после исчезновения психогенных расстройств.

При сопутствующих соматических жалобах астенического и ипохондрического происхождения циклотимическую депрессию необходимо дифференцировать с неврозами и некоторыми формами психопатий в фазе декомпенсации. Принимают во внимание особенности развития заболевания, характер и смену фаз с довольно типичной симптоматикой, наличие светлых промежутков, неэффективность терапии, применяемой при неврозах и психопатиях.

Маниакальная фаза по симптоматике может напоминать прогрессивный паралич, особенно его экспансивную форму. Дифференциальной диагностике помогают отсутствие специфических для прогрессивного паралича данных анамнеза (заражение сифилисом и др.), неврологических симптомов органического поражения головного мозга, серологических изменений в крови и спинномозговой жидкости. Идеи величия маниакальных больных не бывают столь нелепыми, как бредовые идеи при прогрессивном параличе.

### **Лечение и профилактика**

В лечении маниакально-депрессивного психоза в последние годы большое значение имеют психотропные препараты, выбор которых определяется фазой психоза. В маниакальном состоянии эффективно применение аминазина, тизерцина, галоперидола, лепонекса, азалептина. При менее выраженном маниакальном возбуждении наряду с указанными препаратами применяют пропазин, сонапакс, антидепрессанты с седативным действием (например амитриптилин). При депрессивных приступах с успехом назначают такие антидепрессанты, как имизин (тофранил, мелипрамин), амитриптилин, а также их комбинации. В обеих фазах показаны витамины, гипогликемические дозы инсулина. Эффективным средством лечения маниакального состояния и профилактики аффективных приступов являются соли лития и финлепсин.

Предупреждение нового приступа заболевания — чрезвычайно трудная задача, поскольку психиатры не располагают безотказно действующими средствами профилактики. Больным рекомендуют упорядоченный режим дня, работу без чрезмерного напряжения и волнений, воздержание от алкоголя.

## Судебно-психиатрическая оценка

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

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

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

Обследуемые, совершившие правонарушения в светлом промежутке, как правило, признаются вменяемыми. Однако в отдельных случаях при частом повторении психотических фаз обследуемый в соответствии с ч. 1 ст. 11 УК РСФСР может быть



признан неменяемым как страдающий хронической душевной болезнью.

Значительные трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих циклотимией. В этих случаях требуется особо тщательный анализ объективных данных о состоянии в период правонарушения и особенностей течения заболевания в целом. Необходимо исключить продромальную стадию приступа циркулярного психоза в момент правонарушения. Вменяемость при этом определяется глубиной наблюдавшихся расстройств психического состояния, которая у одного и того же больного при разных циклотимических фазах может быть различной. Необходимо принимать во внимание и динамику социального положения больного (возможно его снижение в связи с длительными нераспознанными субдепрессивными фазами).

Во время принудительного лечения или лечения на общих основаниях больных маниакально-депрессивным психозом медицинский персонал психиатрических больниц должен проявлять особую внимательность и бдительность. Больные в маниакальной фазе склонны к частым ссорам с окружающими, нередко агрессивны. Депрессивные больные нуждаются в постоянной бдительности персонала в связи с иногда чрезвычайно упорными попытками к самоубийству.

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

## Глава II

### ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия (от греч. *epilepsia* — настигать, овладеть, взять; *morbus sacer*, *morbus comitialis* — «падучая болезнь») — психическое заболевание, проявляющееся различными пароксизмальными состояниями, психозами, специфическими изменениями личности и в тяжелых случаях приводящее к слабоумию.

Название болезни отражает один из наиболее характерных ее симптомов — большой судорожный припадок, достоверно описанный еще в донаучный период медицины.

Судорожные и иные пароксизмальные состояния, характерные для эпилепсии, встречаются при самых различных органических поражениях центральной нервной системы. От собственно эпилепсии (генуинной) отличают так называемую симпто-

матическую эпилепсию (травматического, инфекционного, сосудистого, алкогольного и другого генеза) и состояния с эпилептиформными проявлениями. Последние, являясь лишь одним из симптомов поражения мозга, не определяют свойственного данному заболеванию стереотипа развития болезненного процесса.

По мере накопления научных данных рамки генуинной эпилепсии постепенно сужаются. Все чаще в качестве причины эпилептической симптоматики выступают очаговые поражения головного мозга: родовые и послеродовые травмы, асфиксия, аномалии развития плода и др. Тем не менее во многих случаях причина эпилепсии остается невыясненной. Большую роль в происхождении заболевания отводят повышенной судорожной готовности, возникающей в результате или наследственного предрасположения, или приобретенных в течение жизни изменений функционального состояния центральной нервной системы и обмена веществ [Болдырев А. И., 1984].

Основой патофизиологических процессов, обуславливающих эпилептические проявления, считают очаг патологически инертного, застойного возбуждения (эпилептический очаг, по И. П. Павлову). Активность в очаге под влиянием добавочных внешних и внутренних раздражителей постепенно нарастает и, достигая определенного предела, внезапно приводит к разряду — «взрыву» возбуждения, распространяющегося на кору и подкорковую область мозга. От локализации эпилептического очага, силы «взрыва» и области распространения возбуждения зависит тип эпилептических расстройств.

### Клинические проявления

Симптоматика генуинной эпилепсии сложна и многообразна. Расстройства при этой болезни можно разделить на 3 большие группы: кратковременные судорожные или бессудорожные припадочные состояния — пароксизмы; острые, затяжные и хронические эпилептические психозы; изменения личности — характерологические и интеллектуальные.

**Судорожные пароксизмальные приступы.** Большой (развернутый, генерализованный) судорожный припадок наиболее типичен и важен для диагностики эпилепсии. За несколько часов или дней ему могут предшествовать неспецифические предвестники (головная боль, раздражительность, нарушения сна и др.) — предприпадочное состояние. В большом судорожном припадке есть определенная очередность, фазность болезненных проявлений; внезапная утрата сознания, сопровождающаяся расслаблением мускулатуры тела и падением больного, фаза тонических судорог (около 30 с), фаза клонических судорог (1—3 мин), заключительный период припадка — коматозное состояние с обездвиженностью, отсутствием реакции на окружающее, постепенно переходящее в сопорозное

состояние и затем обычно в сон. Во время клонической фазы больной нередко прикусывает язык, бывает непроизвольное мочеиспускание, иногда дефекация. Длительность припадка не превышает 5 мин.

В некоторых случаях после припадка наступает не сон, а оглушенность с дезориентировкой в окружающем, растерянностью, амнестической афазией, олигофазией, двигательным беспокоемством — постприпадочное состояние. Воспоминания о припадке отсутствуют (амнезия), но в памяти больного может сохраниться самое начало припадка. Это происходит в тех случаях, когда припадку предшествует аура (лат. аура — ветерок, дуновение) — нередкое при эпилепсии расстройство, возникающее за несколько секунд, иногда минут до полной потери сознания.

Выделяют 4 основных типа ауры. Сенсорная аура (наиболее частая) 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 проявляется 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, в симптомах «уже виденного» или «никогда не виденного». Возможна комбинация различных типов ауры, но у каждого больного содержание ауры постоянно. Припадки, ограничивающиеся только аурой или какой-либо другой стадией большого припадка, называются рудиментарными или abortивными.

Частота припадков у разных больных весьма различна: от единичных в течение жизни до ежедневных. Иногда возникают серии припадков — они следуют один за другим без полного прояснения сознания между ними (до 100 в сутки и более). Такое состояние, называемое эпилептическим статусом, представляет угрозу для жизни больного; больной нуждается в срочной помощи.

Адверсивный судорожный припадок начинается с тонической фазы, при которой поворачиваются в сторону сперва глазные яблоки и голова, а затем и все тело больного, вслед за чем больной падает. Далее наступает клоническая фаза припадка, неотличимая от таковой при большом эпилептическом припадке.

Припадки Джексона (частичные эпилептические припадки) — тонические и клонические судороги, обычно ограничивающиеся одной половиной тела. Припадки начинаются с судороги пальцев рук или ног и одновременно поворота глазных яблок, головы и туловища в одну сторону. Больной теряет со-

знание лишь тогда, когда судороги генерализуются и переходят на другую половину тела.

**Малый припадок** характеризуется внезапным и очень кратковременным (несколько секунд — минута) выключением сознания, не сопровождается падением больного. Иногда бывают слабые судорожные подергивания в отдельных группах мышц. Больные на мгновение как бы застывают в одной позе и замолкают, взгляд становится бессмысленным, блуждающим. Иногда больные совершают стереотипные движения или несколько раз повторяют одни и те же слова или фразы; очнувшись, продолжают прерванное занятие. О случившемся больные не помнят. Еще более кратковременная потеря сознания называется **абсансом** (франц. *absence* — отсутствие). Здесь судорожного компонента нет.

**Бессудорожные пароксизмальные приступы или психические эквиваленты** [Hoffmann H., 1862] — кратковременные психические расстройства, возникающие самостоятельно, как бы вместо припадков. Так же как и припадки, эквиваленты возникают и кончаются внезапно, 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 его вождении, во время работы, в том числе и в условиях, опасных для жизни.

**Катаплексический 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 речевых мышц больные во время припадков не отвечают на вопросы.

**Дисфории** — эпилептические расстройства настроения. Это наиболее частая форма психических эквивалентов: «Нет эпилептика, у которого они не наблюдались бы» [Bleuler E., 1920]. Состояния с пониженным настроением встречаются чаще, чем с повышенным. Депрессивное настроение при дисфориях чаще всего сопровождается тоской, тревогой, беспричинным страхом, сочетающимися 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: боль в сердце, жжение в различных участках тела, чувство сжатия некоторых внутренних органов.

Иногда отмечается подавленное настроение с жалобами на трудность сосредоточиться, невозможность осмыслить вопросы окружающих, понять происходящее. Такие больные двигатель-но заторможены.

Состояния повышенного настроения обычно сопровождаются восторженностью, достигающей экстаза на высоте эпизода. Реже повышенное настроение имеет мориоподобный оттенок или черты дурашливости с паясничаньем. Как правило, отмечается более или менее выраженная раздражительность. На высоте аффективного расстройства может развиваться помрачение сознания, что доказывают отрывочные воспоминания больного о происшедшем. В периоды дисфорий могут возникнуть непреодолимое стремление к бродяжничеству (дромомания, пориомания), запойное пьянство (дипсомания), больные совершают кражи (клептомания), поджоги (пиромания), сексуальные эксцессы.

Сумеречные помрачения сознания — самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в месте, времени, собственной личности; сопровождается неправильным поведением. Когда преобладают только эти симптомы, можно говорить о простой форме сумеречного помрачения сознания. Такая форма возникает обычно остро. Больной не воспринимает окружающее, и оно не отражается на его поведении. Больной может совершать относительно сложные целенаправленные действия, но чаще это бывают отдельные автоматизированные движения. Речь или отсутствует, или бессвязная. Вступить в разговор с больным невозможно. Расстройства исчезают постепенно. Воспоминания о данном болезненном эпизоде полностью отсутствуют. Сумеречное состояние (простая форма) длится от нескольких часов до нескольких дней. Эта форма чаще возникает при эпилепсии с преобладанием больших судорожных припадков.

Сумеречное помрачение сознания может сопровождаться бредом, галлюцинациями, измененным аффектом. Галлюцинаторно-бредовые формы сумеречного помрачения сознания чаще развиваются постепенно. Содержание галлюцинаторно-бредовых расстройств отражается на восприятии больными окружающего, их высказываниях и поступках. Речевой контакт с больными в той или иной степени сохранен. 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. Больные видят теснящую их толпу, наезжающий на них транспорт, обрушивающиеся здания, перемещающиеся массы воды. Из обонятельных галлюцинаций типичны запах жженого пера, дыма,

гнили, мочи. Устрашающий характер бреда и галлюцинаций сочетается с аффектом страха, ужаса, злобы, исступленной ярости; значительно реже встречаются состояния экстаза. Двигательные расстройства в форме возбуждения могут быть целостными и последовательными, сопровождаться действиями, требующими большой ловкости и физической силы. Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами длится от нескольких дней до недели и более. Нередко при нем отмечается альтернирующее сознание с кратковременными прояснениями. Симптомы психоза могут внезапно исчезнуть. Наряду с полной амнезией больные могут сначала помнить, а затем забыть о бывших у них расстройствах (ретардированная амнезия). Степень нарушения сознания при сумеречных состояниях может быть очень различной — от глубокого помрачения до не резкого сужения и легкой оглушенности.

Особенно трудны для распознавания случаи так называемого ориентированного сумеречного сознания, характеризующегося небольшой глубиной помрачения сознания, сохранностью у больных способности к элементарной ориентировке в окружающем, узнаванию близких людей, отсутствием или появлением на короткое время психотических симптомов (бред, галлюцинации, аффект страха, злоба). Больные в подобных состояниях внешне производят впечатление не совсем проснувшихся людей — у них нетвердая, шаткая походка, замедленная речь.

Иногда в содержании высказываний при сумеречных состояниях находят отражение прошлые психогенные воздействия, скрытые желания больного, прежние неприязненные отношения с окружающими, что может влиять на его поступки. Например, больной включает «обидчика» в галлюцинаторно-бредовые представления и начинает его преследовать. Внешне это может производить впечатление осмысленного, целенаправленного поведения.

Если в картине сумеречного помрачения сознания преобладают сценopodobные зрительные галлюцинации, связанные по содержанию и последовательно сменяющие друг друга, то говорят о делириозной спутанности или эпилептическом делирии; если галлюцинаторно-бредовые расстройства имеют фантастическое содержание, а полной амнезии нет, то случай относят к эпилептическому онейроиду. Нередко после него остается резидуальный бред, транзиторный или затяжной.

Во время сумеречного помрачения сознания, при эпилептическом онейроиде, а также при тяжелых дисфориях может возникать неполная или полная обездвиженность — эпилептический субступор и ступор. Последний никогда не достигает глубоких степеней, например заторможенности с оцепенением. Ступорозные состояния длятся часы, дни, изредка недели.

Галлюцинаторно-бредовые формы сумеречного помрачения сознания, делириозная спутанность и онейроид обычно возни-

кают при эпилепсии с преобладанием полиморфных пароксизмов. Особенности бреда, галлюцинаций и аффекта, возникающих при этих формах, часто являются причиной очень опасного для окружающих поведения больных. Нападая на мнимых врагов или защищая свою жизнь, больные крушат все, калечат и убивают всех на своем пути. К сумеречным состояниям без бреда и галлюцинаций относятся амбулаторный автоматизм и сомнамбулизм.

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) наблюдается не только при эпилепсии, но и при других заболеваниях, в первую очередь при неврозах, особенно у детей и подростков. 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 — пароксизмально возникающие частичные нарушения сознания. В этих случаях расстраиваются аллопсихическая ориентировка, восприятие времени, пространства, окружающего; возникают симптомы «уже виденного», «никогда не виденного», расстройства схемы тела, оптико-вестибулярные нарушения [Гуревич М. О., 1936]. Это сопровождается аффективными расстройствами в форме тревоги, страха, растерянности и невозможностью отдать себе отчет в происходящем, но самосознание сохранено. Воспоминания о происшедшем также сохранены, к перенесенному имеется критическое отношение.

Эпилептические психозы бывают острыми, затяжными и хроническими, протекают без помрачения сознания. Наибольшее значение в судебной психиатрии имеют бредовые формы. Острый эпилептический параноид может развиваться на фоне дисфории или вслед за состояниями помрачения сознания без полной амнезии (особые состояния, эпилептический онейроид). Состояния с тревожно-депрессивным аффектом, малосистематизированным бредом преследования, отравления и ипохондри-

ческим бредом встречаются чаще параноидов с экспансивным бредом.

Затяжные и хронические бредовые эпилептические психозы часто различаются лишь длительностью. Механизм их возникновения, так же как и симптоматика, сходны. Они могут развиваться по типу резидуального состояния или на фоне рецидивирующих острых параноидов, реже возникают как бы первично. Встречаются паранойяльные, параноидные и парафренные картины. В одних случаях клинические проявления психоза стационарны, в других — склонны к постепенному усложнению, и тогда заболевание обычно бывает хроническим. Паранойяльные состояния часто сопровождаются идеями материального ущерба, колдовства, обыденных отношений. При параноидных синдромах бред воздействия нередко сопровождается алгиями и яркими патологическими ощущениями. Для парафренных состояний характерен религиозно-мистический бред. Острые параноиды продолжаются дни и недели, затяжные и хронические — месяцы и годы.

Эквиваленты и особенно эпилептические психозы чаще появляются на отдаленных этапах заболевания, при урежении или даже полном исчезновении пароксизмально-судорожных расстройств. В тех редких случаях, когда проявления эпилепсии исчерпываются лишь эквивалентами или психозами, говорят о скрытой, маскированной или психической эпилепсии.

**Изменения личности.** Помимо пароксизмально-судорожных расстройств, эквивалентов и психозов без помрачения сознания, эпилепсии свойственны изменения личности, особенно нарушения аффективной сферы. Возникший аффект долго преобладает, в связи с чем новые впечатления не могут его вытеснить — так называемая вязкость аффекта. Это касается не только отрицательно окрашенных аффектов, например раздражения, но и аффектов противоположных — чувства симпатии, радости. Мыслительным процессам свойственна медлительность и тугоподвижность — грузность мышления (П. Б. Ганнушкин). Речь больных обстоятельна, многословна, полна несущественных деталей при одновременном неумении выделить главное. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словесный состав беден (олигофазия), часто повторяется уже сказанное (персеверации). Характерно употребление шаблонных оборотов, уменьшительных слов, определений, содержащих аффективную оценку, — «хороший, прекрасный, отвратительный», религиозных слов и выражений, так называемая божественная номенклатура [Samt P., 1879]. Собственное «Я» всегда остается в центре внимания больного. В высказываниях на первом плане стоит он сам, его болезнь, его повседневные дела, а также близкие, о которых больной говорит с почтением и упором на их положительные свойства. Больные эпилепсией — большие педанты, особенно в повседневных мелочах, «сторонники правды и спра-



ведливости». Они склонны к банальным назидательным поучениям, любят опекать, чем очень тяготятся родные и близкие. Несмотря на то что больные эпилепсией считают свою болезнь серьезной и охотно лечатся, вера в выздоровление не покидает их даже на отдаленных этапах болезни (эпилептический оптимизм).

У одних больных эти изменения сочетаются с повышенной раздражительностью, придирчивостью, склонностью к ссорам, вспышкам злобы, что нередко сопровождается опасными и жестокими действиями, направленными на окружающих. У других, напротив, преобладают робость, боязливость, склонность к самоуничтожению, утрированная любезность, льстивость и подобострастие, почтительность и ласковость в обращении.

Эти полярные свойства характера могут сосуществовать. Часто невозможно предугадать, как поведет себя больной, так как «переменяемость психических явлений в сфере чувствований и нрава составляет выдающуюся черту в характере эпилептиков» [Falret Jr., 1860]. Если указанные характерологические изменения парциальны и слабо выражены, профессиональная и жизненная адаптация сохранена, то говорят об эпилептическом характере. Резкие характерологические сдвиги, сопровождаемые отчетливыми изменениями памяти прежде всего на факты, не имеющие к больному отношения, позволяют диагностировать эпилептическое концентрическое [Случевский И. В., 1957] слабоумие. У больных эпилепсией наблюдаются и некоторые неспецифические соматоневрологические симптомы: диспластичность телосложения, замедленность, неловкость, неуклюжесть моторики, дефекты произношения. После припадков выявляются патологические рефлексy, возможны параличи и парезы конечностей, расстройство речи (афазия).

Течение эпилепсии, как правило, хроническое. Начало припадков чаще относится к детскому и подростковому возрасту, реже болезнь дебютирует после 40 лет (так называемая поздняя эпилепсия). Появление первого в жизни припадka иногда совпадает с воздействием дополнительных факторов (травма головы, инфекция, психическая травма и др.).

У отдельных больных проявления болезни различны, но каждому больному свойственно относительное постоянство эпилептических нарушений. Может возникать лишь один тип пароксизмов, например только большие или только малые припадки, но нередко выявляется и полиморфная структура эпилептических пароксизмов. Иногда болезнь ограничивается только психическими эквивалентами или психозами без помрачения сознания (так называемая скрытая или маскированная эпилепсия). Возможна также трансформация одних болезненных проявлений в другие: больших судорожных припадков — в абортивные, малые и, наоборот, эквивалентов — в психозы без помрачения сознания [Белов В. П., Казаковцев Б. Н., 1985].

Болезненный процесс останавливается приблизительно в 5—10% случаев. Обычно возникшие припадки или иные расстройства не прекращаются, хотя могут появляться с длительными перерывами (10 лет и более). Возможно временное утяжеление болезненных симптомов (состояние декомпенсации), спонтанное или в связи с воздействием экзогенных факторов (алкогольная интоксикация, инфекция, психическая травма и др.). Больным эпилепсией категорически противопоказано употребление спиртных напитков.

Темп нарастания личностных изменений и мнестических расстройств зависит от ряда причин — возраста к началу болезни, ее продолжительности, частоты и характера пароксизмальных и других продуктивных расстройств, терапевтических воздействий. Возникновение эпилепсии в раннем детском возрасте вызывает задержку умственного развития, близкую по структуре к олигофрении.

### Дифференциальная диагностика

Типичные большие припадки и эпилептические изменения психики всегда облегчают диагностику эпилепсии. Отграничение эпилептических пароксизмов от феноменологически сходных с ними эпилептиформных проявлений при симптоматической эпилепсии — обмороков, вестибулярных кризов и ряда других состояний — нередко бывает весьма трудным. Например, ограниченные судорожные припадки (так называемые джексоновские припадки) указывают на симптоматическую эпилепсию. В таких случаях необходимо тщательное изучение данных комплексного клинического, самотоневрологического и лабораторного обследования, а также динамики заболеваний с выявлением характерных для различных мозговых поражений изменений личности.

В судебнопсихиатрической практике важно разграничивать эпилептические и истерические припадки и сумеречные нарушения сознания. Истерические расстройства развиваются чаще в ответ на эмоциогенные воздействия, не сопровождаются глубоким нарушением сознания, обычно отражают понятные желания или опасения больного, обусловленные реальной ситуацией. Во время истерических припадков, как правило, не бывает тяжелых ушибов, прикусов языка, типичного для эпилепсии сине-багрового цвета лица (народное название эпилепсии — «черная немочь»); зрачковые реакции на свет и глубокие рефлексы сохраняются. Судороги не имеют закономерной смены фаз, а бывают хаотическими, вычурными. Позы больных выразительны, припадок нередко сопровождается криками, рыданиями. Часто во время припадков больные реагируют на внешнюю обстановку, реплики присутствующих. Все поведение больных при истерических состояниях имеет оттенок театральности, нарочитости. Истерические припадки могут продолжаться не-

сколько часов, однако в последние годы в связи с патоморфозом психических заболеваний столь выраженные истерические нарушения практически не встречаются. Эпилепсия и истерия сопровождаются разными изменениями личности.

Необходимо учитывать, особенно в судебно-следственной ситуации, возможность сочетания эпилептических, истерических нарушений и явно симулятивных тенденций. Эксперт должен определить удельный вес каждого из этих проявлений.

Психические эквиваленты припадков и особенно затяжные эпилептические психозы с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами сходны с шизофреническими симптомами. При эпилепсии они отличаются преобладанием ярких, чувственных зрительных галлюцинаций (при шизофрении доминируют слуховые обманы), отсутствием изменений личности по шизофреническому типу (аутизм, эмоциональная парадоксальность и др.) и наличием эпилептической дегенерации.

Эпилептические аффективные приступы отличаются от фаз маниакально-депрессивного психоза внезапностью возникновения и окончания, стойкостью, напряженностью и монотонностью аффекта. При дисфориях тоска сочетается со злобно-раздражительным оттенком настроения, аффектом тревоги, страха. Эпилептические эйфории в отличие от маниакальных состояний не сопровождаются радостным настроением, повышенной отвлекаемостью внимания, «скачкой» идей; мышление остается торпидным, трудно переключаемым. Состояние экстаза обычно обращено на себя («умиление», «озарение» больных), а для маниакальных больных источником приятных переживаний служит внешний мир.

Важными дифференциально-диагностическими признаками эпилептического припадка являются отсутствие чувствительности, реакции зрачков на свет, наличие патологических рефлексов. Дифференциальной диагностике помогает выявление на ЭЭГ характерных для эпилепсии нарушений биотоков головного мозга в виде острых пикообразных волн и др.

## Лечение

Медикаментозное лечение эпилепсии, в первую очередь судорожных пароксизмальных состояний и эквивалентов, проводится длительно, непрерывно в течение нескольких, нередко многих лет. Оптимальные дозы отдельных лекарственных средств или их сочетания подбирают индивидуально, начиная с небольших. Увеличивают и особенно уменьшают дозы всегда постепенно под контролем ЭЭГ,— быстрое снижение может повлечь за собой резкое ухудшение состояния, в частности учащение припадков вплоть до развития эпилептического статуса. Лечение больных с большими судорожными припадками проводится с помощью фенобарбитала (люминала), в ряде случаев в сочетании с другими препаратами в форме так называемой

смеси Серейского различного состава, дифенина, гексамидина, финлепсина. Для лечения малых припадков и психических эквивалентов используют триметин, бензонал.

При сочетании больших судорожных припадков с сумеречными помрачениями сознания и амбулаторными автоматизмами применяют хлоракон. Дисфории хорошо поддаются лечению неулептилом. Больных с острыми, затяжными и хроническими эпилептическими психозами с шизофреноподобными симптомами лечат психотропными средствами (аминазин, трифтазин, неулептил, этаперазин). При длительном лечении неулептилом могут заметно сгладиться такие черты эпилептического изменения личности, как злобность, возбудимость, недоверчивость, агрессивность. Лечение финлепсином приводит к уменьшению или исчезновению аффективных расстройств у больных эпилепсией.

### Судебно-психиатрическая оценка

Судебно-психиатрическое значение эпилепсии определяется значительной распространенностью этого заболевания среди населения (1—5 на 1000) и главное — особой тяжестью правонарушений (преимущественно против личности), совершаемых больными в различных патологических состояниях, а также трудностью клинической и экспертной оценки ряда эпилептических расстройств.

Установление диагноза эпилепсии не предопределяет однозначного экспертного решения. Более того, один и тот же больной может быть признан вменяемым в отношении преступления, совершенного в межприступном периоде, и невменяемым в отношении деяния, совершенного во время пароксизма, что подтверждается практикой ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Наиболее важным и трудным в судебно-психиатрической практике является распознавание скоропреходящих эпилептических расстройств, нередко обуславливающих общественно опасные действия больных (главным образом против личности). Трудность определяется прежде всего необходимостью ретроспективного воспроизведения клинической картины состояния в момент противоправных действий. Основную роль при этом играют показания свидетелей. Важны также первоначальные показания обвиняемого, данные им вскоре после содеянного. Для экспертов первостепенное значение имеют тщательно и квалифицированно собранные материалы дела, содержащие характеристику поведения больного, его внешнего вида, речевой продукции незадолго, в момент и вскоре после правонарушения.

Криминальные действия, совершенные в сумеречных состояниях, имеют ряд особенностей: внезапность, безмотивность, отсутствие умысла, мер предосторожности и стремления к сокры-

тию следов преступления, часто невероятную и бессмысленную жестокость, нанесение жертве множественных тяжелых ранений, бесцельное изуродование и расчленение трупа и т. п. Подобный характер преступления сам по себе вызывает предположение о сумеречном помрачении сознания. Дополнительные данные о возникновении припадка на отрезке времени, близком к правонарушению, резком изменении состояния, «странном» внешнем виде больного (рассеянный взгляд, замедленность движений или немотивированное возбуждение), глубоко сне после правонарушения — больной иногда засыпает рядом с жертвой, наличие подобных состояний в прошлом делают диагноз сумеречного помрачения сознания достаточно убедительным.

Вместе с тем необходимо помнить о различных вариантах сумеречных состояний, в том числе с небольшой глубиной изменения сознания, с сохраненной способностью больных к грубой ориентировке и поверхностному контакту с окружающими, а также о возможности психогенной окраски болезненных (галлюцинаторно-бредовых) переживаний. Иногда больные в сумеречном состоянии проявляют агрессию против лиц, с которыми ранее были в конфликте. При мерцающем — альтернирующем — изменении сознания с периодами некоторого просветления одни свидетели могут отмечать неправильности в поведении больного, а другие — нет.

В таких случаях требуется особо тщательное изучение всех обстоятельств дела, чтобы не вынести ошибочного заключения о вменяемости. Отдельные поверхностные признаки могут создавать ложное впечатление о достаточной ориентированности обследуемого, целенаправленности его действий и понимании ситуации.

Амнезия при судебно-психиатрической экспертизе является только дополнительным критерием, учитываемым в сопоставлении с другими данными, так как ссылку на забывание своих действий обследуемые часто используют в защитных целях. Однако необходимо иметь в виду возможность ретардированной (запаздывающей) амнезии. В этих случаях на первых допросах обследуемый сообщает о бывших у него болезненных расстройствах, а в последующем не помнит не только о них, но иногда и о самих допросах. Возможно также последующее припоминание болезненных расстройств в отличие от ближайшего периода после содеянного, когда отмечалась его полная амнезия; это связано с медленным улучшением состояния больного, в частности с постепенным полным прояснением сознания. Данное обстоятельство не свидетельствует против болезненного состояния в момент правонарушения. В отношении деяний, совершенных в сумеречном помрачении сознания, больные неვნемны.

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

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

В день правонарушения около 9 ч утра выпил 200 г вина, работал по хозяйству. В 14 ч за обедом выпил еще 100 г вина, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придираться к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17 ч Ш самостоятельно развязал опутывавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню пошла жена. Неожиданно Ш молча нанес ей 2 удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала. На подбежавшего к нему соседа Ш тоже замахнулся ножом.

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

Развитие у Ш возбуждения через некоторое время после приема алкоголя и в связи с внешним поводом (неприятное замечание), участие психогенных моментов (направленность агрессии в основном против «обидчиков» на втором этапе возбуждения — после сна) затрудняют квалификацию его психического состояния. Однако указанные моменты не противоречат картине спровоцированного приемом алкоголя сумеречного помрачения сознания с нарушением ориентировки и осмысления обстановки, автоматизированными действиями с бессмысленно-жестоким агрессивным содержанием. Последующий глубокий сон, сменившийся оглушенностью, амнезия содеянного также подтверждают сумеречное помрачение сознания у Ш.

Заключение Ш страдает эпилепсией. Противоправные действия были совершены в состоянии сумеречного помрачения сознания, невменяем.

Правонарушения, совершаемые в состоянии дисфории, менее часты. Для распознавания дисфорий важны объективные сведения о безмотивном, внезапном изменении настроения и наличии подобных состояний ранее. Иногда сами больные создают трудности в квалификации бывшего у них болезненного изменения, так как стремятся объяснить возникновение «плохого» настроения каким-либо внешним поводом. Судебно-психиатрическая оценка зависит от глубины дисфории. Включение бре-

довых переживаний, нарушение сознания на высоте дисфории ведут к признанию таких больных невменяемыми.

Общественно опасные действия, хотя и значительно реже, возможны во время малых припадков, а также других кратковременных эпилептических расстройств (абсанс, амбулаторные автоматизмы и т. п.). В судебно-психиатрической практике это обычно транспортные аварии (наезды), поджоги, акты эксгибиционизма (обнажение половых органов в присутствии других лиц или в общественных местах) и др. В этих случаях больных признают невменяемыми.

Обследуемый И., 30 лет, шофер такси, обвиняется в совершении наезда на двух пешеходов.

За 2 года до этого во время ночного сна эпизодически начали возникать большие судорожные припадки, по поводу которых не лечился. В ночь перед правонарушением был развернутый припадок, сопровождавшийся прикусом языка. Утром И. приступил к работе. Через 15 мин после выезда на знакомую трассу, в неосложненной дорожной обстановке, без помех на дороге заехал на середину улицы и, следуя по осевой линии с неизменной скоростью 50—60 км/ч, не применяя торможения, сбил гражданку, которую, по показаниям свидетелей, легко можно было объехать. Проехав так же по прямой еще 400 м и продолжая движение при красном свете светофора, И. совершил на пешеходном переходе наезд на вторую женщину, после чего продолжал двигаться с прежней скоростью вблизи осевой линии. И чуть не столкнулся на перекрестке с троллейбусом, водитель которого был вынужден резко затормозить.

Вскоре И. остановил машину по знаку инспектора ГАИ. Выйдя из машины, он, по показаниям свидетелей, был каким-то странным и растерянным, не мог объяснить причину повреждений на своей машине, был бледен. Спустя 2 ч при медицинском освидетельствовании у И. на языке обнаружены следы недавнего прикуса. И. был заторможен, вял, монотонен, жаловался на головную боль, говорил тихо, замедленно, без модуляций. Проба на алкоголь отрицательная. При осмотре врачом и на последующих повторных допросах в тот же день не помнил о содеянном.

При обследовании не помнил не только о совершенных наездах, но и о последующих событиях в день правонарушения. Осмотре врачом, повторном допросе следователем. О состоянии измененного сознания в моменты наездов свидетельствовала и оглушенность, наблюдавшаяся в течение нескольких часов после правонарушения. Это подтверждается фрагментарностью воспоминаний о событиях, последовавших за правонарушением.

Заключение: И. страдает эпилепсией, совершил противоправные действия в состоянии амбулаторного автоматизма с нарушением сознания (отсутствие реакции на дорожную обстановку) при сохранности автоматизированных действий (удерживал руль в одном положении), невменяем.

Лица с острыми, затяжными и хроническими эпилептическими психозами должны признаваться невменяемыми, но нередко возникают определенные трудности в распознавании этих состояний. Особенно это касается случаев резидуального бреда, который к моменту экспертизы может поблекнуть и потерять свою актуальность. Решающее значение, как и при сумеречных состояниях, имеют материалы дела. Для судебно-психиатрической оценки бывают трудными и случаи паранойяльных психозов (например, сутяжные).

Если правонарушение совершено в межприступном периоде, то вменяемость зависит от глубины имеющихся изменений лич-

ности. При выраженной эпилептической деградации, слабоумии больных признают невменяемыми. Так же решают вопрос о дееспособности и способности давать свидетельские показания.

Часто определение глубины эпилептических изменений психики вызывает значительные трудности. Решающее значение тогда имеют интеллектуальные расстройства и нарушение критических способностей.

Обследуемый Б., 38 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий. С ранних лет у Б. по несколько раз в год наблюдались состояния измененного сознания: во время беседы иногда «начинал произносить не те слова», несколько раз оказывался в неожиданном для себя месте. Большие судорожные припадки появились в возрасте 32 лет, возникали обычно по ночам, один раз в несколько месяцев. Лечился амбулаторно противосудорожными средствами. Из-за болезни не женился, проживал вдвоем с матерью. Работал преподавателем математики в вечерней школе. За последние 6 лет сменил несколько мест работы, так как всюду замечал недружелюбное, по его мнению, отношение к себе.

По показаниям свидетелей, отличался замкнутостью, редко разговаривал с сослуживцами, праздничных вечеров не посещал, постоянно чего-то боялся. В класс Б. входил нерешительно, если получал зарплату в вечернее время, то оставлял ее у завхоза. Несколько раз на работе вел себя странно: начинал невнятно бормотать, смеялся без причины, пританцовывал, размахивал руками, взгляд был блуждающим.

Последний раз подобное состояние наблюдалось за 3 дня до правонарушения. В день правонарушения после незначительного проступка ученика внезапно сильно разволновался, начал кричать, браниться, обвинять учеников и администрацию в предвзятом к себе отношении, допустил бестактные, оскорбительные высказывания, в связи с чем привлечен к уголовной ответственности. Дома рассказал матери, что на работе против него «опять организовали козни», хотят избавиться, специально придираются; восстанавливают против него учеников. Был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу. Стационарной экспертной комиссией был признан вменяемым. Диагноз: эпилепсия с редкими судорожными припадками, эпизодами нарушенного сознания и нерезко выраженными изменениями личности.

При повторной экспертизе угрюм, держится в стороне от больных. Рассказал врачам, что после того как в течение 6 лет не мог добиться желаемой работы, пришел к выводу о царящей вокруг несправедливости, писал много жалоб в различные инстанции. На последнем месте работы постоянно ожидал «каверз», избегал праздничных вечеров, «чтобы не могли обвинить в пьянстве», опасался за свою жизнь, считал, что его могут убить. Убежден, что его нарочно притесняли, умышленно создавали неблагоприятные условия для работы, чтобы он не справился со своими обязанностями и его могли бы уволить. Думает, что сослуживцы вели против него «подрывную деятельность с учениками», так как однажды ученик предложил ему решить задачу «про гвозди». Расценивает это как доказательство осведомленности учеников в том, что ему в коллективе «вставляли гвозди». Считает, что следствие ведется неправильно, свидетели на него «наговаривают», так как у директора много знакомств.

Мышление обследуемого несколько обстоятельное, речь замедлена, память снижена. Интересы сосредоточены на своем здоровье и узком круге личных потребностей. Эмоционально неустойчив, раздражителен, злопамятен. О матери отзывается холодно, привязанности ни к кому не испытывает. Критические способности снижены.

В данном случае переплелись трудные для разграничения эпилептические изменения личности (эгоцентризм, эмоциональная ригидность, недоверчивость, настороженность, злопамятность) с паранойяльными бредовыми идеями отношения, преследования, сутяжничества, болезненно искаженной ин-



терпретацией реальных фактов со склонностью к генерализации. Сочетание указанных расстройств, сопровождаемых отсутствием к ним критики, несмотря на незначительность интеллектуально-мнестических нарушений, обусловило выраженные изменения психики

Заключение: Б. страдает эпилепсией с выраженными изменениями личности и паранойальным бредом; невменяем.

Истинный дефект психики нередко маскируется психогенными декомпенсациями, проявляющимися либо усилением эпилептической симптоматики (учащение и усложнение припадков, усугубление психических изменений), либо возникновением смешанных психогенно-органических состояний (сочетание истерической и органической симптоматики). В связи с временным усилением эпилептических проявлений деградация личности может казаться более глубокой, чем есть на самом деле. Возможно развитие и настоящих реактивных психозов. Симулятивное поведение также может мешать определению действительных изменений психики.

Во всех этих случаях необходимо длительное наблюдение и дифференцированное лечение (с применением антисудорожных и нейролептических средств), обязательно в стационаре. Только после сглаживания декомпенсации или симптомов реактивного состояния можно установить истинный психический дефект у больного. При этом необходимо учитывать материалы дела, медицинскую документацию о социально-трудоустройстве больного, его способности ориентироваться в сложных ситуациях и защищать свои интересы.

Прогрессирующее течение заболевания, резистентность к терапии служат дополнительными факторами для признания больного невменяемым или направления его на лечение в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР (в отношении обвиняемого) и ст. 362 УПК РСФСР (в отношении осужденного).

Больных, признанных невменяемыми, направляют в зависимости от их психического состояния на принудительное лечение. В специализированных больницах лечат больных с частыми сумеречными состояниями и тяжелыми дисфориями с агрессивными тенденциями, а также больных с выраженной эпилептической деградацией личности в сочетании со значительными аффективными нарушениями.

Больных можно направлять на лечение и на общих основаниях, например при совершении нетяжелого правонарушения в кратковременном пароксизме, при редких припадках и незначительных личностных изменениях.

Больные без выраженных изменений психики признаются вменяемыми в отношении правонарушений, совершенных вне пароксизмов. Для предупреждения дальнейшего развития заболевания и профилактики повторных правонарушений таким больным в случае их осуждения рекомендуется амбулаторное противоэпилептическое лечение в исправительно-трудовых учреждениях.

В заключении судебно-психиатрической экспертизы необходимо отметить, что больной, страдающий припадками, не допускается к работе у огня, на высоте, около движущихся механизмов.

## Глава 12

### ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Судебно-психиатрическое значение церебрально-органической патологии, развивающейся в результате черепно-мозговой травмы, определяется многими факторами. Во-первых, травматическое поражение головного мозга исторически является одной из наиболее крупных проблем психиатрии: такие больные составляют значительную долю лиц, находящихся на учете в психоневрологических диспансерах. Быстрое развитие индустрии, средств механизации и автоматизации, увеличение сети шоссейных дорог, интенсивность и напряженность дорожно-транспортного движения, широкое использование бытовой техники — вот далеко не полный перечень причин и обстоятельств современной жизни, обуславливающих актуальность черепно-мозгового травматизма.

Во-вторых, травма головного мозга и ее последствия проявляются главным образом в разнообразных нервно-психических расстройствах, среди которых основное место занимают синдромы помраченного сознания, интеллектуально-мнестические, аффективные и волевые нарушения. Каждая из этих психопатологических форм или их совокупность может быть основным либо добавочным фактором риска совершения противоправного акта.

В-третьих, на отдаленных этапах черепно-мозговой травмы под влиянием патоморфологических изменений могут появляться стойкие характерологические расстройства, снижение социально-трудовой адаптации, затяжные негативные реакции личности на проявления болезни, а равным образом и на неблагоприятные микросоциальные воздействия, что в конечном итоге наносит ущерб общественно значимым мотивам и ценностным ориентациям больных, способствует формированию потребительских, антисоциальных интересов.

В-четвертых, травматическое поражение головного мозга создает так называемую болезненную почву, что конкретно выражается в дистрофических изменениях нервных клеток и нервных волокон, внутричерепных геморрагиях, ликвородинамических сдвигах и т. д. В сущности черепно-мозговая травма и ее последствия представляют собой сложный комплекс морфологических и функциональных нарушений, обуславливающих слабость церебрального аппарата, регулирующего механизмы биологической и социально-психологической адаптации. Эти больные плохо переносят соматические заболевания, инфекции,

интоксикации (особенно алкогольную), психическое и физическое напряжение в условиях трудовой деятельности или в быту, солнечную радиацию, колебания атмосферного давления. У них легче и быстрее формируется патологическое влечение к алкоголю, а сама клиническая динамика алкоголизма отличается брутальностью, тяжелыми антисоциальными эксцессами, парастанием интеллектуально-мнестического и личностного снижения.

Отсюда становится понятным значение церебрально органической «почвы» в сложном процессе структурирования антисоциального поведения больных.

Лица с психопатологическими проявлениями травматического поражения головного мозга составляют почти десятую долю больных, находящихся под наблюдением психоневрологических диспансеров. Обычно они имеют последствия (резидуальные состояния) закрытой черепно-мозговой травмы [Арбатская Ю. Д., 1971], при которой сохраняется замкнутость полости черепа и не происходит повреждения его костей. Между открытыми и закрытыми (непроникающие и проникающие) травмами имеются переходные варианты [Шумский Н. Г., 1983].

#### **Клинические проявления травматического поражения головного мозга и их судебно-психиатрическая оценка**

Непременным компонентом травматической болезни головного мозга являются неврологические симптомы и вестибулярные расстройства, но наиболее выразительные проявления тех или иных синдромальных вариантов нередко обусловлены преимущественной локализацией поражения, особенно при ушибе или сдавлении (локальные признаки). Признаки сотрясения мозга в ближайшие дни после черепно-мозговой травмы обычно подвергаются быстрому обратному развитию (регрессивная динамика). Симптомы ушиба мозга остаются стабильными или даже прогрессируют со 2–3-го дня после травмы, а их регресс начинается не ранее чем через 7–10 дней. Структурно-динамические проявления ушиба мозга во многом зависят от основного очага поражения и перифокальных явлений, обусловленных нарушениями крово- и ликворообращения. Нередко отмечается более позднее развитие и нарастание симптомов. Контузионный очаг, если он локализуется в функционально значимых отделах головного мозга, как правило, обуславливает стойкие симптомы выпадения.

Очаги поражения в значительной мере можно определить по психопатологическим феноменам, особенно при разграничении лево- и правополушарного поражения.

По современным представлениям, левое полушарие специализировано для вербальных функций, оперирования символами и знаками, связанными со словесной коммуникацией [Зенков Л. Р., 1982]. Оно имеет отношение к обеспечению речи и

связанных с ней психических процессов, здесь сосредоточены лингвистические, формально-логические и математические способности, последовательное аналитическое речевое мышление. Признаками выключения левого полушария являются правосторонняя гемиплегия, нарушения речи, растерянность и склонность к депрессивным реакциям.

Правое полушарие обеспечивает чувственно-образное восприятие мира и самого себя, решение визуально-пространственных задач, ориентировку во времени, конструктивный праксис, синтез, запоминание и исследование сложных фигур и изображений. С его деятельностью связаны музыкальные и художественные способности. Клинически поражение правого полушария характеризуется левосторонней гемиплегией, нарушением ориентировки в пространстве и времени, способности узнавать окружающих (прозопагнозия), расстройствами цветовосприятия, схемы тела, конструктивного праксиса, визуально-пространственного мышления. Может развиваться синдром игнорирования левого полупространства. Больные утрачивают способность распознавать рисунки, изображения предметов, схемы и карты, многословны, эйфоричны и благодушны.

При анализе нарушений высших психических функций нельзя не учитывать и локализацию очага травматического поражения в соответствии с анатомической долей головного мозга.

Так, например, поражение тех или иных структур лобной доли может выражаться в апато-абулическом синдроме, мории, псевдопаралитическом синдроме, изолированной аграфии (вне рамок сенсорной или моторной афазии), лобной апраксии, т. е. в распаде программы действий с нарушением спонтанности и целенаправленности. Локализация очага поражения в нижних отделах премоторной коры (сводчатая извилина, или область Брока) обуславливает эффективную моторную афазию, выражающуюся в нарушении переключения с одной речевой единицы (звук, слово) на другую. Артикуляция отдельных звуков остается интактной, но при этом патологически изменяется кинетика речевого процесса (литеральная и вербальная персеверация, речевой эмбол, «телеграфный стиль» разговора).

Симптоматика поражения височной доли может быть представлена сенсорной афазией (центр Вернике, у правой верхней височной извилины левого полушария). В основе этого расстройства лежит нарушение фонематического слуха, понимания речи окружающих. Больные многословны, говорливы, но их речь изобилует литеральными и вербальными парафазиями (замена букв или слов), искажениями слов, близких по звучанию или значению, а в крайних случаях она состоит из набора искаженных слов, что образно называют «словесной окрошкой». Другими признаками височной патологии являются слуховая агнозия (утрата способности узнавать предметы по характерным для них звукам), амузия, акалькулия, слуховые галлюцинации, психосенсорные расстройства.

Сочетанное поражение височно-теменных отделов мозга может приводить к амнестической и семантической афазии, а деструктивные процессы в той части теменной коры, которая примыкает к задней центральной извилине и обеспечивает основу движений артикуляционного аппарата, оказываются причиной затруднений в произношении слов. Содержанием этого синдрома, обозначаемого как афферентная моторная афазия, считается утрата всех видов устной речи: автоматизированной, спонтанной, повторения, названия.

Нервно-психические расстройства, обусловленные поражением теменной доли, весьма разнообразны, но основные формы представлены апрактическими явлениями, изолированной алексией и агнозией кожной и глубокой чувствительности. Идеаторная апраксия — это утрата плана или замысла сложных действий при одновременном нарушении последовательности отдельных движений и неспособности выполнять словесные задания. При конструктивной апраксии больные испытывают трудности в направлении действий и конструировании целого из частей. О моторной апраксии говорят тогда, когда оказывается невозможным выполнение даже подражательных действий (а не только спонтанных и заданных). Иногда с поражением теменной доли связывают экзотические состояния и синдром «гибели мира».

Симптоматика поражения затылочной доли главным образом является следствием патологических изменений в корковом звене зрительного анализатора. Примером выпадения может служить зрительная агнозия (больные видят предметы, но не узнают их), примером продуктивных расстройств — визуализация представлений и зрительные галлюцинации. При раздражении наружной поверхности затылочной доли на стыке ее с височной и теменной возникают истинные зрительные галлюцинации в виде отдельных фигур, лиц или предметов, а также сценородные, «кинематографические» галлюцинации [Скоромец А. А., 1982].

Все перечисленные выше синдромальные картины и отдельные симптомы нельзя считать предпочтительными для травматического поражения головного мозга: они нозологически нейтральны и в равной мере могут быть следствием воздействия других этиологических факторов, а именно нейроинфекций, церебрального атеросклероза (хроническая сосудистая энцефалопатия), гипертонической энцефалопатии, злокачественных и доброкачественных новообразований, атрофических мозговых процессов и т. д. В то же время совокупность анамнестических, клинко-психопатологических и лабораторно-инструментальных данных раскрывает в итоге травматический генез этих форм нервно-психической патологии, обеспечивая одновременно информативными клиническими признаками топическую диагностику и способствуя оценке основного синдрома заболевания, его тяжести, прогноза, стадии, этапа травматической болезни.

**Нарушения сознания в начальном периоде.** Непосредственным результатом травмы головного мозга в большинстве случаев является синдром оглушения различной тяжести — от обнубиляции до сопора и комы, что свидетельствует о состоянии, опасном для жизни. Оглушение — функциональное, энергетическое расстройство с опустошенностью сознания. Здесь не может быть растерянности, аффективных расстройств, бреда и галлюцинаций. Лишь при обнубиляции и сомноленции иногда наблюдается преходящая и клинически невыразительная эйфория. Даже при легком оглушении больные молчаливы, безучастны и бездеятельны; они часто впадают в дремоту или бывают постоянно сонливыми. Эти негативные расстройства исключают не только целесообразную и планомерную деятельность, но и двигательную активность вообще, и подобные состояния редко бывают фактором риска или основной причиной антиобщественных действий. Они не имеют большого значения для судебно-психиатрической экспертизы.

**Травматические психозы в остром периоде и периоде реконвалесценции.** Ситуация меняется, как только исчезает оглушение (травматическая кома) и, следовательно, начальный период травматической болезни сменяется острым периодом (по общепринятой терминологии и классификации).

Прежде всего следует иметь в виду, что травматическая болезнь, какой бы тяжелой она ни была и какими бы осложнениями ни сопровождалась, как правило, имеет регрессирующее течение. Однако эта закономерность отражает главным образом динамику патоморфологических и патофизиологических процессов, а также восстановление основного качества высшей нервной деятельности — сознания. Длительная травматическая кома (несколько недель и тем более месяцев) может заканчиваться тяжелым органическим слабоумием.

Деление травматической болезни на начальную и острую стадии условно. Либо сразу после черепно-мозговой травмы, либо в первые дни или первые 1½—2 нед могут развиваться психотические состояния, в основном с судорожными, аментивными, сумеречными и делириозными синдромальными картинками. Три последних синдрома помрачения сознания несомненно имеют судебно-психиатрическое значение, которое возрастает пропорционально и тяжести деликта, и сложности диагностической квалификации состояния больного в момент совершения противоправного действия. Подчас это бывает обусловлено даже не дефицитом информации в документах, представляемых судебно-психиатрической экспертной комиссией, а нечеткими определениями исторически выделенных разновидностей расстройств сознания. Проще, по-видимому, исходя из таких свойств сознания, как ясность, объем, «центр и периферия», содержание и подвижность, а также чувство спонтанности, непроницаемости субъективного сознания («секретность», по Р. Janet), систематизировать наиболее существенные общие

признаки помрачения сознания. По мере развития помрачения сознания раньше всего поражаются тонкая ориентировка в окружающем и времени, последовательность мышления, логичное и адекватное оперирование понятиями (внутрипсихическая переработка). Затем нарушаются сенсорные процессы и, наконец, выпадают психомоторные и двигательные акты. В конечном итоге больные утрачивают способность отражать в своем сознании реальные явления и события, а также регулировать свое поведение.

В случаях тяжелых и множественных черепно-мозговых повреждений нередко по выходе из коматозного состояния развивается спутанность с амнестической дезориентировкой и интеллектуальной несостоятельностью, что имитирует синдром «острого слабоумия». Одним из важных компонентов этого варианта расстройства сознания являются стереотипное психомоторное возбуждение и фрагментарность спонтанной речи, логически не связанной с внешними обстоятельствами. В дальнейшем, по мере восстановления ясности сознания и упорядочения поведения, на первый план выступают нарушения памяти в форме антеро- и ретроградной амнезии, а также фиксационной амнезии, ложных указаний, псевдореминисценций и конфабуляций, т. е. формируется корсаковский синдром. Он неизменно упоминается среди психопатологических картин, развивающихся в остром периоде (от 2 до 8 нед) и периоде ближайших последствий (до 6—12 мес) черепно-мозговой травмы. В прогностическом плане такую динамику травматической болезни следует признать неблагоприятной, поскольку на отдаленных этапах развиваются стойкие психоорганические расстройства или типичное травматическое слабоумие.

Эпизоды делириозного и особенно сумеречного помрачения сознания в различных вариантах могут возникать практически на любом этапе травматической болезни. Повторение или тем более учащение этих психотических эпизодов свидетельствует о неблагоприятной динамике церебрально-органической патологии.

Делирий развивается преимущественно у лиц с многолетним алкогольным анамнезом и сформировавшимся абстинентным синдромом. Продуктивные психопатологические переживания фрагментарные, галлюциаторная симптоматика неразвернутая, преобладает аффект тревоги или страха; больные защищаются или нападают; типичны люцидные промежутки, что создает впечатление рецидивирующего психоза. В иных случаях психопатологическая симптоматика оказывается более сложной из-за присоединения чувственно-пластических, фантастических представлений и грезоподобных переживаний (онейроидный вариант).

Сумеречное помрачение сознания, сохраняющее свою клиническую определенность, по существу оказывается одним из элементов эпилептиформного синдрома в рамках ши-

рокого понятия последствий травматического поражения головного мозга либо нередким вариантом пароксизмальных расстройств в структуре развивающегося эпилептического процесса (травматическая эпилепсия).

У многочисленных разновидностей сумеречного помрачения сознания не без труда удается разглядеть признаки, ранее принимавшиеся в качестве достоверных и непреложных (почти обязательных): острое, даже внезапное, в сущности без каких-либо предвестников начало, транзиторность и относительную кратковременность, охваченность сознания аффектом страха, тоски, ярости («напряженность аффекта»), дезориентировку, яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред, brutальное агрессивное возбуждение или видимую последовательность и даже обусловленность поступков и действий, критическое окончание, терминальный сон, амнезию происшедшего.

В этом состоянии больные нередко совершают тяжкие правонарушения, и сомнений в том, что они должны быть признаны невменяемыми (как и в случаях делириозного помрачения сознания), никогда не возникает. В судебно-психиатрическом лексиконе в целях идентификации сумеречного состояния с психотическим эпизодом («кратковременное болезненное расстройство психической деятельности») в основном используется комплекс психологических и даже криминалистических оценок: неожиданность, безмотивность, жесткость, непринятие мер к сокрытию и переживание чуждости совершенного правонарушения. В целом подобный набор характеристик удовлетворяет судебно-психиатрической практике, но не отражает всего многообразия вариантов сумеречного состояния и особенностей нарушения сознания.

Сумеречное состояние может быть и скоротечным, и достаточно продолжительным (несколько дней); монолитным или прерывистым («альтернирующий» тип расстройства сознания); начинаться остро или постепенно, с предвестников или взрывообразно; заканчиваться критически или поэтапно. В зависимости от преобладания психомоторных, аффективных либо галлюцинаторно-бредовых компонентов оно клинически то приближается к пароксизмам височной эпилепсии, то в большей мере конструируется из параноидных, делириозных и онейроидных расстройств. При «ориентированном» сумеречном состоянии образы и впечатления внешней ситуации хотя бы частично находят адекватное отражение в патологически измененном сознании больного. Даже варианты сумеречного состояния в форме автоматизмов не всегда сопровождаются «максимальной герметичностью измененного сознания», поэтому здесь амнезии бывают лакунарными, парциальными. Еще более сохранной оказывается память после эпизодов с выраженными параноидными расстройствами.

Тем не менее ряд клинических признаков отражает сущность этой формы патологически измененного сознания, прежде все-



го дезориентировка в собственной личности. В этом состоянии человек лишается способности содержательно воспринимать действительность и одновременно осуществлять целенаправленную деятельность в соответствии с требованиями общественно-го запрета и даже инстинкта самосохранения. Поведение больного определяется неконтролируемыми влечениями, примитивными эмоциями (например, страха, ярости). Чрезмерная патологическая активность приводит к резкому истощению нервных ресурсов, поэтому эпизоды сумеречного помрачения сознания обычно заканчиваются критически, сном или сомноленцией и для них весьма характерной должна быть полная или частичная амнезия происшедшего.

Противоправные действия, совершаемые больными в период делириозного или сумеречного помрачения сознания, не отличаются разнообразием: как правило, они направлены против жизни и здоровья личности (убийства, тяжкие и менее тяжкие телесные повреждения), против порядка управления (сопротивление представителям власти, общественности, оскорбление или посягательство на их жизнь), против общественной безопасности и общественного порядка (хулиганство, нарушение правил безопасности движения). В этих психотических состояниях больные не могут совершить корыстные правонарушения, а равным образом и многие другие преступления, регламентируемые соответствующими статьями «Особенной части» республиканских уголовных кодексов. Расстройство сознания лишает человека возможности принимать решения в результате выбора целеполагающего мотива действия, направленного на удовлетворение той или иной потребности.

В первые несколько недель или месяцев, в остром периоде и периоде ближайших последствий (реконвалесценции), одни расстройства не имеют никакого криминогенного значения (апато-адинамическое состояние, апаллический синдром, акинетический мутизм), другие выступают как факторы риска (дисмнестические и амнестические синдромы), а третьи являются основным мотивом противоправного поступка или поведения больных. К их числу со всей очевидностью следует отнести синдром мории: двигательное возбуждение с эйфорией, нарушением критики, склонностью к грубым и неуместным шуткам. В этом же ряду должны находиться психопатологические образования, входящие в собирательную номенклатуру «переходных синдромов» [Wieck H. H., 1961]; они представлены аффективными, аффективно-дисмнестическими, паранойяльными, параноидными и галлюцинаторно-параноидными (шизофреноподобными) картинами.

Различные варианты депрессивных и маниакальных состояний, а также аффективно-дисмнестические синдромы и синдромы сверхценных образований в судебно-психиатрическом аспекте неизменно нуждаются в тщательной психопатологической разработке и доказательной квалификации психотического

уровня этих расстройств в период, когда совершалось противоправное деяние. В противном случае утрачивается одна из основных предпосылок экскульпации больных — медицинский критерий невменяемости. При паранойальном бреде или галлюцинаторно-параноидном синдроме экспертная оценка состояния больного однозначна.

**Пароксизмальные расстройства.** На любом этапе травматической болезни могут возникать пароксизмальные состояния, но наиболее часто они наблюдаются в остром периоде и весьма различаются по продолжительности и клиническим проявлениям. Судорожные эпилептиформные припадки обычно оборотивные, парциальные. В большей или меньшей мере бывает представлен фокальный, очаговый компонент, например, при адверсивных и психомоторных приступах.

Подчас судорожные пароксизмы, возникающие на более поздних этапах травматической болезни, непосредственно обусловлены острыми психотравмирующими воздействиями. Это находит отражение и в клинической картине приступа, начальная стадия которого обычно разворачивается на фоне яркого аффекта недовольства, обиды или гнева, и одновременно, как правило, появляются выраженные вегетативно-сосудистые расстройства, а судороги сначала напоминают истерические конвульсии: настолько они беспорядочные, яркие, экспрессивные, размашистые. Однако по мере развития припадка судороги становятся ритмичными и стереотипными, возникает стертородное дыхание, из-за потери сознания контакт с больным невозможен. После окончания эпилептиформного пароксизма обязательно проявляются признаки постприпадочного нервного истощения — от кратковременной и неглубокой оглушенности до продолжительного и глубокого сна. В этом плане необходима дифференцировка эпилептиформных и истерических припадков.

Пароксизмальные состояния, манифестирующие в резидуальном (отдаленных последствий) периоде черепно-мозговой травмы, в нозографическом плане неоднозначны. В большинстве случаев они оказываются синдромальным выражением травматической болезни головного мозга. Этот синдром является важным или второстепенным, постоянным или преходящим, устойчивым или затухающим, но всего лишь проявлением основного заболевания, представленного в данном случае церебрально-органической патологией травматического генеза. В других случаях появление пароксизмальных состояний — судорожных или акинетических, с полной или частичной потерей сознания, фокальных или генерализованных, «малых» или «больших», височных или гипоталамо-диэнцефальных и пр. — знаменует собой формирование механизмов эпилептического процесса с присущими этому заболеванию хроническими эмоционально-волевыми, интеллектуально-мнестическими и личностными расстройствами. Здесь, следовательно, идет речь о *травматической эпилепсии*, т. е. «второй болезни» [Сухаре-

ва Г. Е., 1955]. Дифференцировка этих заболеваний в судебной психиатрии имеет непреходящее значение, поскольку при травматическом поражении головного мозга эпилептиформный синдром должен расцениваться как резидуальное состояние с характерной тенденцией к регрессиентному течению, тогда как повторение и тем более полиморфизм припадков при эпилепсии всегда свидетельствуют о прогрессиентности патологического процесса соответствующим клиническим и социальным прогнозом. Такое нозографическое и, конечно, психопатологическое разграничение травматической энцефалопатии и травматической эпилепсии представляется особенно важным при решении экспертных вопросов у лиц, признанных вменяемыми, на предмет применения к ним ч. 2 ст. 11 УК РСФСР и у осужденных относительно их возможности отбывать наказание (ст. 362 УПК РСФСР).

Границы между этими заболеваниями далеко не всегда четко определяются даже с помощью современных лабораторно-инструментальных исследований: электроэнцефалографии (диффузные изменения стволовых структур при травматической болезни, пароксизмальная дизритмия, патологические волны и гиперсинхронизация при эпилепсии), реовазографии, эхоэнцефалографии, компьютерной томографии, изучения биохимических компонентов крови и метаболических сдвигов в центральной нервной системе. Однако сохраняется важный клинический критерий резидуальных состояний травматического генеза — «осевое расстройство» [Гиляровский В. А., 1973], которое проявляется в церебральной астении, т. е. психической слабости, истощаемости, аффективной лабильности, неустойчивом фоне настроения, нетерпеливости, снижении интеллектуально-мнестических, творческих способностей, гиперестезии, вегетативно-сосудистых диссоциациях. Для эпилепсии любого происхождения «стержневыми» характеристиками являются сила и стойкость аффекта, инертность, односторонняя направленность интересов и мотивов, медлительность и непродуктивность при сохранной способности долго выполнять одну и ту же работу.

**Психические нарушения периода реконвалесценции и отдаленного периода черепно-мозговой травмы.** Прежде всего необходимо сказать о травматической церебрастении, контуры которой достаточно четко вырисовываются на «переломе» острого периода и периода ближайших последствий. Она может сопровождаться эпизодической обнубильяцией, адинамией, растерянностью, двигательной заторможенностью или психомоторным возбуждением на фоне повышенного настроения. Нередко в той или иной мере проявляется мнестико-интеллектуальная недостаточность. Подобные расстройства могут выглядеть стационарными и необратимыми, хотя через некоторое время, как правило, подвергаются обратимому развитию. Большую долю в клинической картине травматической церебрастении занимают симптомы соматических и сенсомоторных

нарушений, а также вазовегетативной и вестибулярной недостаточности: головная боль, головокружения, колебания артериального давления, желудочно-кишечные дискинезии, «игра» вазомоторов, яркий красный дермографизм, потливость, поверхностный сон и т. д. Ликворное давление обычно повышено.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы эти болезненные явления либо исчезают, либо сохраняются в форме психоорганического синдрома [Bleuler E., 1916] различной выраженности с так называемой триадой Н. Walter-Buel (1951): недержание аффекта, мнестические нарушения и ослабление понимания. R. J. Cogboz (1966) различает 3 формы этого синдрома: 1) генерализованная, 2) локальная, 3) эндокринопатическая. В общей и судебно-психиатрической практике симптоматика психоорганического синдрома представлена явлениями раздражительной слабости, ослаблением активного внимания, концентрационной способности, ухудшением памяти и обеднением интеллектуальной жизни. Впрочем эти формы церебрально-органической патологии не приводят к личностной катастрофе, не разрушают мотивационную сферу и способность правильно понимать общественное содержание своих поступков и действий.

Куда тяжелее по клинико-социальным последствиям имеющие вполне определенное судебно-психиатрическое значение варианты психоорганического синдрома (можно сказать, травматической энцефалопатии), которые прежде всего структурируются из аффективно-волевых расстройств и личностной патологии. Эти формы пограничной нервно-психической патологии определяют как психопатоподобные состояния [Гуревич М. О., 1948; Кербиков О. В., 1973; Гордова Т. Н., 1973]. Внешне они имеют большое сходство с психопатиями, но в сущности являются этапом, одним из проявлений травматической болезни. Психопатоподобный синдром нельзя рассматривать как нечто статичное, неподвижное, застывшее в своей стереотипной форме и потому определяющее психический облик больного на многие годы, если не на всю жизнь. Такая позиция противоречит психиатрической практике. Как и любые другие последствия травматического поражения головного мозга, психопатоподобные расстройства весьма нередко претерпевают регрессиентную динамику, другими словами, наступает компенсация эмоционально-волевых нарушений. Такая компенсация может быть и достаточно полной, и весьма завершенной. Возможна и противоположная динамика — утрата синдромальной автономии психопатоподобных расстройств в связи с неблагоприятным течением или тяжелым обострением травматической болезни, что проявляется в нарастании интеллектуально-мнестических нарушений вплоть до классических форм органической деменции.

Черепно-мозговая травма обычно не деформирует всю структуру личности, но обуславливает такие свойственные боль-

ным с церебрально-органической патологией реакции, как повышенная возбудимость, взрывчатость, истероидность, аффективная неустойчивость и в то же время персеверативность, застревание на отрицательно окрашенных переживаниях. Психические травмы способствуют концентрации и закреплению этих форм реагирования, что создает дополнительные трудности для социальной адаптации этих лиц и снижает их компенсаторные возможности.

Состояние больных зависит не только от глубины астенических, эмоционально-волевых, интеллектуально-мнестических, нейросоматических и дисэнцефально-гипоталамических расстройств. Нередко первостепенную роль в сложном процессе формирования патологической личности и личностного сдвига играют психогенные факторы, казалось бы обыденные и неприметные. Болезнетворность подобного рода воздействий истекает из их сугубо индивидуального, чрезвычайного значения для больного. В первую очередь имеются в виду реакции на последствия органического поражения головного мозга: психическую слабость, мнестические нарушения, повышенную раздражительность, снижение интеллектуального уровня и оперативности, более или менее выраженную несостоятельность в работе и в отношениях с людьми, изменившееся положение в семье и в обществе (например, ограничение сферы профессиональной деятельности, снижение или утрата трудоспособности и т. д.).

Социально ориентированная личность в течение некоторого времени рассматривает новую ситуацию как временный эпизод биографии, имеющий не только начало, но и конец. Затем на смену этой выжидательной позиции приходят конфликтные переживания, гипертрофированные реакции недовольства и обиды, идеи малой ценности и усугубляющаяся фиксация на жизненных невзгодах и неудачах. Микросоциальное окружение (особенно негативное) постоянно создает субъективно тягостные для больного ограничения и предъявляет дискриминационные требования. В ситуации неудовлетворенности и депривации легко возникают утилитарно-потребительские интересы, а равным образом и претенциозно-эгоистические мотивы. Под влиянием неожиданно возникшего раздражения взрывообразно развивается аффективная напряженность с агрессивной готовностью или жестокой оппозицией к любым компромиссным предложениям.

При взаимодействии биологических и социально-психических факторов психопатоподобные расстройства как выражение церебрально-органической патологии под влиянием ситуационно-психогенных воздействий становятся не только системой реакции, поступков, укоренившихся форм поведения, но и личностными особенностями, определяющими ориентации и установки больных. В этих условиях можно даже говорить о патологическом развитии личности, типичными

вариантами которого являются возбудимый эпилептоидный, истероидный. Одним из наиболее тяжелых последствий травматического поражения головного мозга следует признать паранойяльное (персекуторное, сутяжно-кверулянтное с идеями ревности) развитие, формирующееся на фоне эксплозивности, эпилептоидной ригидности и истерического эгоцентризма. В конечном счете важным механизмом патологического развития оказывается кататимное бредообразование, а его начальной стадией является формирование сверхценных идей, которые далеко не всегда достигают психогической глубины. Такие лица, совершившие противоправные действия, не должны признаваться невменяемыми. При сверхценных идеях имеется патологическое преобразование (в том числе и запоздалое) естественной реакции на реальные, происходящие в действительности события, хотя возникающие при этом суждения преобладают в сознании из-за чрезвычайной эмоциональной заряженности. При бреде происходит патологическое толкование действительности, он становится воззрением; больные без критики относятся к своим поступкам и высказываниям, а все их поведение грубо противоречит требованиям действительности.

Больные с персекуторным паранойяльным бредом в итоге могут стать преследуемыми преследователями, а бредовые идеи ревности приводят к тяжелым деликтам против жизни, здоровья и достоинства объекта ревности. Наиболее адекватной мерой медицинского характера в отношении этих лиц должно быть лечение в психиатрической больнице специального типа.

Самым выразительным компонентом паранойи сутяжно-кверулянтного круга являются неистовая борьба за «справедливость», мелочные поиски «обидчиков» и «бюрократов», демагогические претензии по моральным и нравственным мотивам, ригидная оппозиция существующим общественным порядкам, бесконечные жалобы, требования и домогательства, адресованные в многочисленные учреждения (как правило, самого высокого уровня) или обращенные к определенным лицам, наделенным административной властью. Определение мер медицинского характера зависит в этих случаях от остроты состояния больного, характера совершенного правонарушения и не в последнюю очередь от бредовой активности и тяжести угроз в адрес конкретных лиц, т. е. от социальной опасности.

В целом больные с психопатоподобным синдромом травматического генеза, совершившие уголовно наказуемые действия в редких случаях признаются невменяемыми или направляются на лечение после признания их вменяемыми (ч. 2 ст. 11 УК РСФСР). Не подлежат наказанию обычно больные с тяжелыми состояниями психогенной декомпенсации психотического уровня, brutальными дистрофически-дистимическими расстройствами и грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями, что приближает последние формы к органическому слабоумию.

В субъективно трудных ситуациях (привлечение к уголовной ответственности, повторные судебно-психиатрические экспертизы, конфликтные отношения с осужденными или администрацией и т. п.) усиливаются вегетативно-сосудистые нарушения, функциональные и органические расстройства внутренних органов, резидуальная церебрально-органическая симптоматика. Одновременно появляются или резко обостряются аффективные колебания дистимического круга, они становятся все более выраженными из-за истерических стигм, кардио- или канцерофобических переживаний, несистематизированных ипохондрических образований, а также сутяжных претензий, агрессивной готовности и откровенной тенденции к самовзвинчиванию. Психогенная спровоцированность подобного рода декомпенсаций несомненна, хотя сама психогения в данном случае использует уже предуготованные формы нервно-психических расстройств церебрально-органического генеза.

Дальнейшая динамика этих состояний характеризуется патологическим поведением. На первый план выступают негативизм, бескомпромиссность, грубость, активная борьба с запретами и дисциплинарными требованиями, разрушительная агрессия — все то, что характеризует крайнее выражение эксплозивно-истероидного психопатоподобного синдрома. Психопатологические проявления могут приобретать своеобразие в результате паранойяльных включений, бредоподобных фантазий, акатизии и психомоторного возбуждения, психосенсорных нарушений, повторных и тяжелых аутоагрессивных актов.

Дистимически-дисфорические состояния в известной мере являются фоном, который то усиливается до ведущего синдрома, то утрачивает самостоятельность, уступая место волевым, поведенческим и характерологическим расстройствам. Тем не менее тимопатические эпизоды органически вплетаются в структуру психогенных декомпенсаций и подчас оказываются одним из основных клинических аргументов, определяющих судебно-психиатрическое экспертное заключение. Одни из них соответствуют классическим критериям дисфории: тоскливо-мрачное, угрюмое и злобное настроение с ожесточенностью, взрывами гнева, постоянной готовностью к насильственным действиям и агрессии. Существенными компонентами этих эпизодов являются гипоталамо-диэнцефальные нарушения, гиперестезия и гиперактузия, парестезии, сенестопатические феномены, параноидные высказывания. В более тяжелых случаях возникает сужение сознания («сумеречность») или оглушенность.

При другом варианте дисфорических состояний достаточно выраженными оказываются дистимические симптомы (некоторыми авторами отождествляемые с гипотимией), т. е. угнетенность, тоска с тревожным ожиданием надвигающейся беды, чувство внутренней напряженности и безысходности с физическими тягостными ощущениями, суицидальные мысли. Однако за этим меланхолическим фасадом остаются стержневыми

агрессивная готовность, импульсивность, злобное недовольство, что практически обусловлено патопластическим эффектом органического поражения головного мозга.

Более редкими, но не менее опасными в криминогенном аспекте являются дисфории в виде гневливой дурашливости, с мориоподобным оттенком, психомоторной оживленностью и разговорчивостью. В сущности эта внешне веселая оживленность представляет собой камуфляж куда более тяжелых аффективно-волевых расстройств. Такие состояния возникают главным образом у больных с выраженным «органическим» снижением личности и критических способностей, другими словами, при лакунарном слабоумии.

Если правонарушение было совершено в период психотической декомпенсации либо спонтанно развившейся дисфории психотического уровня, то больного следует признать невменяемым. Аналогичные психопатологические состояния могут развиваться в судебно-следственной ситуации при стационарной судебно-психиатрической экспертизе. В этих случаях в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР лица, в отношении которых решен вопрос о вменяемости, но заболевшие психической болезнью после совершения правонарушения, направляются на принудительное лечение в психиатрическую больницу до выхода из болезненного состояния. Осужденным также оказывают специальную медицинскую помощь, если у них наступает выраженная декомпенсация травматической болезни.

В редких случаях декомпенсация имеет длительное и прогрессирующее течение с нарастанием выраженности прежде всего интеллектуально-мнестического дефекта. При психотической декомпенсации в период противоправного деяния вменяемость исключается. В судебно-следственной ситуации тяжелая и стойкая декомпенсация приравнивается к хроническому психическому заболеванию, и поэтому для лиц, совершивших противоправные деяния в состоянии вменяемости экспертное решение регламентируется ч. 2 ст. 11 УК РСФСР. Осужденные в таких случаях направляются на принудительное лечение в соответствии со ст. 362 УПК РСФСР.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы вне связи или в связи с пароксизмальными состояниями, патологическим развитием, эпизодическими или хроническими психозами развивается типичное органическое слабоумие, в основе чего лежит энцефалопатия и нередко травматический арахноидит. Псевдопаралитическое и тотальное слабоумие являются раритетом. Обычно нарастает слабость абстрактного мышления, больной не понимает сложных и динамических ситуаций, не способен выделить существенные и практически важные причинно-следственные связи. Поражаются предпосылки интеллекта и критические способности, появляются некоторые очаговые симптомы, снижается активность, утрачиваются высшие этические, культурные и нравственные потребности. Характер-



ны психическая истощаемость, сварливое, брюзгливое настроение, возможна непродуктивная и неуместная эйфория. Существенной стороной лакунарного слабоумия являются мнестические расстройства. Страдают все 3 процесса (запоминание, ретенция и воспроизведение), но прежде всего ухудшаются запечатление, мыслительная переработка и репродукция нового опыта и актуальных событий. Снижается уровень личности (огрубение), хотя основные ее «ядерные» свойства могут сохраняться. Гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, повторные травмы головного мозга, алкоголизм и другие экзогенные вредности значительно ухудшают прогноз и способствуют утяжелению интеллектуально-мнестических расстройств (прогрессирующая деменция).

У судебно-психиатрических экспертов обычно не возникает сомнений в неменяемости больных травматической деменцией, хотя на этом этапе заболевания, когда церебрально-органическая патология представлена неврозоподобными, психопатоподобными и даже эпилептиформными синдромами, вменяемость в случае правонарушения очевидна. Этот вывод имеет большое тактическое значение для судебно-психиатрической экспертизы лиц, страдающих травматической болезнью головного мозга: в зависимости от динамики и тяжести органических и психогенных расстройств решение может меняться и в сторону неменяемости больных, и в сторону признания этих же лиц вменяемыми.

### Дифференциальная диагностика

Состояния декомпенсации в судебно-следственной ситуации трудно отграничить от реактивных состояний психотического и непсихотического уровня, даже если считать критерием психогенной реакции отражение в клинической картине заболевания травмирующей ситуации. Как было показано выше, психотравмирующие факторы играют немаловажную роль в декомпенсации травматической болезни.

Однако реактивные состояния имеют синдромальные и клинико-динамические особенности. Безусловно, они всегда возникают в связи с субъективно трудной, неразрешимой психотравмирующей ситуацией, выражаются главным образом в депрессии, тяжесть которой может меняться спонтанно и под влиянием целенаправленной терапии; в клинической картине большое место занимают соматовегетативные расстройства, не выявляется непосредственной связи между тяжестью психогенно обусловленных аффективных нарушений и углублением органического интеллектуального дефекта. В большинстве случаев реактивные состояния подвергаются полному обратному развитию.

Реактивные депрессии многолики, но чаще всего они представлены астеническим, ипохондрическим, истерическим, пара-

ноидным и галлюцинаторно-параноидным вариантами. Эти больные учитывают окружающую обстановку, принимают решения и совершают поступки, во многом обусловленные актуальными внешними обстоятельствами. При психотических депрессиях нарушения охватывают все сферы психической деятельности, достаточно четко очерчена депрессивная триада. Аффект характеризуется глубокой подавленностью, тоской, ангедонией с элементами меланхолической деперсонализации или сужением сознания. Нарушена ориентировка во времени и частично — в окружающем. Резидуально-органическая «почва» обуславливает затяжное, трансформирующееся течение психотических депрессий с дисфорическим оттенком меланхолии, выраженным церебральным компонентом, который отчетливо представлен на начальных и завершающих стадиях заболевания.

Состояния декомпенсации травматической болезни, патологическое развитие личности, вообще психопатоподобные расстройства травматической природы необходимо отграничивать от шизофрении. Принципиальное судебно-психиатрическое значение такой дифференцировки совершенно очевидно: процессуальное заболевание, как правило, является критерием для признания больного невменяемым, тогда как при церебрально-органической патологии, главным образом в форме психопатоподобных расстройств, или при развивающихся на этой «почве» реактивных состояниях обследуемые в большинстве случаев признаются вменяемыми.

Психопатоподобные расстройства со всеми особенностями их динамики нозологически нейтральны, поэтому клиническая специфика шизофрении (вялотекущая форма, психопатоподобный дебют или дефект) определяется по негативным изменениям. Наиболее сложной эта задача представляется на начальных этапах заболевания. Однако уже в инициальном периоде процесса можно обнаружить признаки дефекта, а в дальнейшем — все более четкое формирование «сквозных симптомов» [Gruhle H. W., 1943]. Сначала появляются не свойственные ранее больным наплыв образов и воспоминаний, проскальзывания мыслей, чувство утраты спонтанности мышления, дисморфобические феномены с переживанием физического дискомфорта и неопределенные телесные ощущения. Затем все более четко вырисовываются снижение и искажение спонтанной активности, аутизм, изменение интересов и самосознания с заострением чувств, новым видением мира и проникновением во внутренний смысл событий и явлений действительности. Эмоциональное снижение, ассоциативные нарушения, плоскостное и схематичное мышление делают в конечном итоге диагноз шизофрении верифицированным.

С шизофренией приходится дифференцировать и хронические аффективные и галлюцинаторно-параноидные психозы, развивающиеся в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.

Патогенез этих психозов связан не только с травматической энцефалопатией, но и с неблагоприятными экзогенными воздействиями, в первую очередь с хронической алкогольной интоксикацией, тем более что лица с травматическим поражением головного мозга чувствительны к действию алкоголя. Опыание у них нередко бывает сложным и тяжелым, а алкоголизм отличается злокачественностью. Впрочем в судебно-психиатрическом плане квалификация нозологической природы психоза в большинстве случаев имеет номенклатурное, профессиональное, а не смысловое, определительное значение, поскольку в том и другом случае психоз в период совершения правонарушения включает вменяемость больного. Вместе с тем правильная нозологическая квалификация необходима для патогенетически адекватного лечения, оценки прогноза заболевания и решения социальных вопросов при выписке больного.

### **Вопросы этиологии, патогенеза и патоморфологии**

При любом из выделяемых в настоящее время вариантов черепно-мозговой травмы исходным моментом патофизиологических и патоморфологических процессов является механическое воздействие. Особенности повреждения внутричерепного содержимого определяются видом травматического агента и сложностью внутричерепной топографии. И. М. Иргер (1982) утверждает, что при закрытой черепно-мозговой травме всегда имеется сотрясение мозга, а на его фоне могут проявиться симптомы ушиба и сдавления. Помимо дисциркуляторных явлений, вазомоторных расстройств и распространенного центрального хроматолиза нервных клеток, церебрально-органическое поражение формируется и за счет внутричерепных геморагий. Паравентрикулярные точечные кровоизлияния обычно возникают на границе широкой и узкой части желудочков и наоборот, т. е. на уровне межжелудочковых отверстий (отверстия Монро), в каудальных отделах III желудочка (при переходе его в водопровод мозга) и в оральных отделах IV желудочка на границе среднего мозга и моста. Эти кровоизлияния встречаются независимо от точки удара по черепу и носят название кровоизлияний Дюре.

При ушибе мозга происходит размозжение мозговой ткани с разрывом мягких мозговых оболочек, выходом мозгового детрита на поверхность, разрывом сосудов и субарахноидальными кровоизлияниями. Образование гематом влечет за собой дальнейшую деформацию мозговой ткани, ее раздвигание и оттеснение. Размозжения по механизму противоудара локализуются в базальных отделах лобных долей, полюсных и базальных отделах височных долей. Противоударные контузионные очаги в стволе возникают в результате удара ствола о скат черепа (блюменбахов скат), костный край большого затылочного отверстия и острый край палатки мозжечка (мозжечковый намет).

Сочетание сотрясения и ушиба мозга с массивными внутричерепными гематомами становится патоморфологическим субстратом так называемой тяжелой (критической) черепно-мозговой травмы, которую не следует идентифицировать с тяжелым сотрясением головного мозга. Крайне тяжелая черепно-мозговая травма обуславливает длительное нарушение сознания (запредельная кома) и массивные расстройства витальных функций, объединяемых в понятие «нейровегетативный синдром» (грубые нарушения дыхания, гемодинамики, терморегуляции, метаболизма).

Таким образом, клинически верифицированная черепно-мозговая травма вне зависимости от вида травматического агента, точки приложения, тяжести и синдромального оформления (сотрясение — ушиб — сдавление) всегда становится причиной органического поражения головного мозга (гипоталамо-гипофизарная и стволовая области).

Для понимания всего структурного и динамического разнообразия нервно-психических расстройств на любом этапе травматической болезни важно учитывать локализацию первичного поражения в диэнцефально-гипоталамической области и тесно связанных с ней подкорковых образованиях.

Гипоталамус является одним из элементов лимбической системы, которая включает в себя поясную извилину, переходящую в парагиппокампальную извилину, собственно гиппокамп, зубчатое ядро, свод мозга, миндалевидное тело, внутрипластинчатые ядра и передние ядра таламуса. Это главный диспетчерский пункт, в котором анализируется и координируется информационный поток, поступающий из внутренних органов. Ее передние структуры участвуют в процессах интеграции вегетативной деятельности организма, которая обеспечивается многочисленными прямыми связями с различными областями латеральной коры. Через гипоталамус проходят безусловнорефлекторные и условнорефлекторные нейронные дуги, оканчивающиеся в таламусе и коре головного мозга. Причиной диссоциации гипоталамической деятельности может быть нарушение связей с полосатым телом, нижележащими вегетативными инстанциями, ретикулярной формацией, двигательной экстрапирамидной и кортико-экстрапирамидной системой, со сводчатой извилиной. Следует предположить, что разнообразие гипоталамо-диэнцефальных расстройств зависит не только от большой сложности регулирующих и интегративных функций этой области головного мозга, но и от обилия ее нейронных и нейрогуморальных связей с другими отделами центральной нервной системы.

Гипоталамусу отводят первостепенное место и в эмоциональных процессах, особенно витального характера, в которых участвуют как симпатический, так и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, поэтому разнообразие диэнцефально-гипоталамической патологии не ограничивается обменно-эндокринными и дистрофическими расстройствами, нарушениями сна и вегетативными диссоциациями, но включает в себя и психопатологические картины, среди которых выделяют эмоциональные расстройства, в том числе аффективные пароксизмы и колебания настроения с переживанием тревоги, страха и подавленности, истероподобные и неврастеноподобные

состояния, навязчивые явления и бредоподобные фантазии, психосенсорные феномены, сенестопатии, ипохондрические переживания.

### Лечение

Медикаментозная терапия резидуально-органических поражений головного мозга травматического генеза должна быть ранней, комплексной и индивидуальной.

В связи с внутренней или наружной гидроцефалией (гипертензионный синдром), рубцовыми и кистозно-слипчивыми изменениями рекомендуется дегидратационная и рассасывающая терапия. Для дегидратации применяют гипертонические растворы глюкозы, сульфата магния, диуретические средства (лазикс, диакарб, триампур и др.). Поскольку положительное действие гипертонических растворов относительно кратковременное, рекомендуется курсовое лечение (20—30 инъекций на курс). В качестве рассасывающей терапии используют церебролизин, экстракт алоэ, ФиБС, стекловидное тело. Препараты можно чередовать. Их вводят подкожно по 1 мл ежедневно, на курс 30 мл. Через 3—4 мес курс лечения повторяют.

«Сквозным» синдромом при последствиях травм головного мозга является наименее тяжелый астенический синдром. Церебрастения, помимо физической и психической утомляемости, включает цефалгические, вазовегетативные симптомы нарушения сна. В психотравмирующей ситуации появляются стойкие нарушения сна, гиперестезия к внешним раздражителям, усиливается эмоциональная лабильность. Нередко астенические расстройства сочетаются с психогенно обусловленными депрессивно-ипохондрическими переживаниями, депрессивно-тревожным фоном настроения, истерической симптоматикой. Эффективность лечения при указанных состояниях зависит от правильного выбора препаратов, входящих в комплексную и комбинированную терапию. В этих случаях показаны общеукрепляющие средства (витамины), препараты ноотропного действия (аминалон, пирацетам, ноотропил), а также препараты бензодиазепинового ряда: феназепам, тазепам, седуксен, радедорм (эуноктин), дающие седативный эффект и нормализующие сон.

При доминировании депрессивно-ипохондрических проявлений эффективно сочетание транквилизаторов с легкими антидепрессантами (азафен, инсидон, индопан). При выраженной тревоге наряду с указанными выше транквилизаторами и антидепрессантами используют нейролептики с седативным действием и антидепрессивной направленностью: тизерцин, хлорпроптиксен, терален, меллерил.

Для купирования субдепрессивных и депрессивных состояний, кроме тимоаналептиков и антидепрессантов, применяется финлепсин. Гипоманиакальный синдром наиболее эффективно купируется препаратами лития (карбонат лития по 300 мг 3 ра-

за в день) в сочетании с лепонексом, галоперидолом, тизерцином, сонапаксом.

При лечении психопатоподобных расстройств эксплозивного круга и дисфорических проявлений применяют аминазин, тизерцин, трифтазин, неулептил, галоперидол, финлепсин и другие нейролептики в сочетании с корректорами.

В случаях психопатоподобного синдрома истеровозбудимого типа используют неулептил, сонапакс, тизерцин, хлорпротиксен, финлепсин, универсальный транквилизатор феназепам. Кроме указанных нейролептиков, при лечении дисфорий применяется французский препарат лептрил до 75—150 мг/сут.

Нестабильность психического состояния лиц с психоорганическим синдромом, подверженность декомпенсациям, кратковременному ситуационно обусловленному аффективно-суженному расстройству сознания, психогенным реакциям и реактивным психозам обуславливают выбор медикаментозных средств для комплексной и комбинированной терапии. В связи со спецификой реактивных состояний антидепрессанты применяются с нейролептиками седативного действия, что позволяет лучше купировать аффективную напряженность, ситуационную подавленность, тревогу и страх. Одного транквилизатора с направленностью действия на невротический, неврозоподобный или психопатоподобный уровень психопатологических расстройств оказывается недостаточно для полного сглаживания реактивных наслоений и состояний декомпенсаций.

Высокие дозы транквилизаторов, средние и высокие дозы нейролептиков нередко оказывают нейролептическое побочное действие и усиливают общемозговые явления (упорная головная боль, головокружение, рвота, общая слабость, нарушение координации и др.). Снижение доз или отмена препаратов, дезинтоксикационная терапия купируют побочные явления.

Лечение судорожного синдрома и бессудорожных пароксизмов у больных с резидуально-органической патологией проводится так же, как и при эпилепсии, с использованием антиконвульсивных, антиэпилептических средств, транквилизаторов, а также общеукрепляющих, дегидратационных и рассасывающих препаратов.

Острые психотические состояния (делириозное, сумеречное помрачение сознания, галлюцинаторно-параноидный, параноидный синдромы и т. п.) купируются соответствующими психотропными препаратами (аминазин, трифтазин, галоперидол, мажептил, лепонекс и др.). Кратковременность психотических состояний и непродолжительность лечения позволяют применять высокие терапевтические дозы нейролептиков.

## СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сосудистые заболевания головного мозга — наиболее частая форма психической патологии у лиц пожилого возраста. Среди лиц старше 60 лет, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, эти больные составляют 72,2%. Психические нарушения сосудистого генеза обусловлены различными заболеваниями (атеросклероз, гипертоническая болезнь, облитерирующий тромбангиит и т. д.), но наибольшее значение в судебно-психиатрической практике имеют атеросклероз и гипертоническая болезнь.

### Атеросклероз

Атеросклероз — самостоятельное общее хроническое заболевание, возникающее преимущественно у пожилых, хотя может начаться и в более молодом возрасте. При этом заболевании нарушается липидный обмен и на внутренней стенке артерий откладываются липиды, что сопровождается реактивным разрастанием соединительной ткани с последующим утолщением артериальной стенки и уменьшением просвета сосудов. Вследствие атеросклеротических изменений наступают атрофия коры головного мозга, утолщение и помутнение мягкой мозговой оболочки и расширение боковых желудочков. Погибшие нервные клетки замещаются глиозной тканью.

**Клинические проявления.** Атеросклероз головного мозга проходит стадии, свойственные общему атеросклерозу, которые в классификации А. Л. Мясникова (1960) определены как ишемическая с обратимыми дистрофическими изменениями в органах, тромбонекротическая с деструктивными изменениями и фиброзно-атеросклеротическая.

Согласно этой классификации, в клинике мозгового атеросклероза различают 3 стадии с определенными психопатологическими особенностями. Ранней (I) стадии свойственна неврозоподобная симптоматика — снижение работоспособности, повышенная утомляемость, раздражительность, слезливость. У этих больных немного снижена память на текущие события, отмечаются рассеянность, истощаемость при психическом напряжении, а также плохой сон или сонливость, головная боль, головокружения. Иногда в этот период появляются более или менее выраженные аффективные расстройства с преобладанием депрессивных компонентов, суицидальными мыслями и намерениями. Особенностью I стадии атеросклероза головного мозга можно назвать заострение свойственных больным черт характера. В прошлом ранимые и чувствительные люди становятся настороженными и подозрительными, возбудимые — конфликтными и неуживчивыми, беспечные — еще более легко-

мысленными, экономные — скупыми и тревожными, гиперактивные и стеничные — склонные к сверхценным образованиям.

Клинические разновидности атеросклеротической неврастении отличаются друг от друга теми наслоениями, которые приращиваются к основному синдрому. Это неврастенический синдром с ипохондрическими включениями, когда появляются преувеличенные опасения за свое здоровье в форме навязчивых и сверхценных представлений, или атеросклеротическая неврастения со склонностью к истерическим реакциям. В клинической картине такой неврастении преобладают эксплозивность, театральность, истерические реакции на любые травмирующие переживания. Собственно сосудистая и неврозоподобная симптоматика в этой стадии заболевания усиливается после переутомления, соматических заболеваний и значительного эмоционального напряжения. Наряду с периодами ухудшения бывают и состояния компенсации, близкие к практическому выздоровлению. Соматоневрологическая симптоматика в этом периоде заболевания мало выражена.

По мере нарастания общих атеросклеротических изменений в сосудах заболевание переходит во II стадию с более стойкими и глубокими органическими изменениями психики. В клинической практике встречаются две формы этих нарушений: с преобладанием поражения сосудов подкорковой области головного мозга, что выражается амиостатическим синдромом и синдромом Паркинсона, и с преимущественными нарушениями в сосудах коры. Последняя форма проявляется различными психопатологическими синдромами, среди которых основное место занимают органические изменения психической деятельности с глубокой астенией и интеллектуальными нарушениями.

При внешней сохранности личности (формы поведения, автоматизированные навыки, обычные суждения) обнаруживаются значительное снижение памяти на текущие события, расстройство внимания, его неустойчивость. Существенное значение в структуре атеросклеротической деменции имеет повышенная утомляемость и психическая истощаемость. Нарушенными оказываются и суждения больных. Правильно оценивая ряд реальных жизненных вопросов, они не могут понять абстрактный смысл, не улавливают главного и второстепенного, в результате чего их высказывания изобилуют ненужными подробностями. Наступает своеобразное нарушение критики, когда тонкий учет сложной ситуации невозможен, но нередко правильно оцениваются конкретные обстоятельства. Указанные особенности слабоумия иногда позволяют больным приспособиться к определенным условиям жизни. Однако в новой, сложной, особенно психотравмирующей ситуации они оказываются несостоятельными, отчетливо обнаруживая дефект интеллектуальных функций. Клиническая картина атеросклероза головного мозга на данном этапе всегда сопровождается теми или иными эмоцио-



нальными расстройствами. На более ранних этапах преобладает неустойчивое настроение с депрессивным фоном, в структуре которого отмечаются элементы личностной реакции на нарастающий психический дефект. На более поздних стадиях иногда возникают благодушные, приподнятое настроение, сочетающееся с раздражительностью и гневливостью. Эйфорический фон настроения обычно соответствует более глубокому слабоумию. Данные состояния считают псевдопаралитической формой атеросклеротического слабоумия, которое, помимо эйфории и грубых мнестических расстройств, проявляется неправильным поведением с утратой привычных форм реакций и изменением личностных особенностей.

Во II стадии атеросклероза головного мозга у всех больных появляются органические неврологические знаки, вестибулярные нарушения, патология сосудов глазного дна, признаки общего и коронарного атеросклероза. Нередко возникают эпилептиформные припадки [Коган С. И., 1940; Ремизова Е. С., 1960].

Клиническая картина этого периода заболевания устойчивая, малоподвижная; ухудшения состояния, связанные с внешними факторами, становятся более глубокими; улучшения если и наступают, то с органическим дефектом психических функций. Заболевание во II стадии, как правило, медленно-прогредиентное, но в некоторых случаях возникают признаки острой недостаточности мозгового кровообращения. После церебральных сосудистых кризов и инсультов нередко развивается постапоплектическое слабоумие, при котором личностные реакции подавляются очаговой симптоматикой [Овчинникова К. А., 1951; Штернберг Э. Я., 1983]. Следует отметить отсутствие четкого параллелизма между выраженностью неврологических расстройств в постинсультном состоянии и глубиной наступивших психических изменений.

Этому периоду заболевания свойственны и острые нарушения психической деятельности. Среди них большинство авторов отмечают остро возникшие нарушения сознания [Озерский Н. И., 1947; Авербух Е. С., 1959]. Чаще это состояния оглушения при гипертонических кризах, реже делириозные и сумеречные помрачения сознания.

Третья стадия атеросклероза головного мозга характеризуется прогрессирующим нарастанием недостаточности кровоснабжения мозга с выявлением деструктивно-атрофических изменений и проявляется более глубокими психопатологическими нарушениями, признаками выраженной деменции.

На этой стадии всегда выражена неврологическая симптоматика, отражающая локализацию поражения. Отмечаются остаточные явления перенесенных инсультов с нарушениями речи и двигательной сферы и признаки общего универсального атеросклероза. Психические нарушения в III стадии атеросклероза

головного мозга выражены достаточно четко. Восприятие становится замедленным и фрагментарным, усиливается психическая истощаемость, резко выступают мнестические нарушения. Появляются недержание аффекта, элементы насильственного плача и смеха, тускнеют эмоциональные реакции. Речь становится маловыразительной, бедной, с элементами аграмматизмов и perseverаций, нарушается критика. Однако и при выраженном атеросклеротическом слабоумии возможна сохранность некоторых внешних форм поведения.

Атеросклерозу головного мозга свойственны и психотические состояния с определенными закономерностями, зависящими от внешних факторов и выраженности атеросклеротических изменений соответственно стадиям этого заболевания. В клинике встречаются психогенно и соматогенно обусловленные состояния декомпенсации, острые аффективно-личностные реакции, реактивные состояния и атеросклеротические психозы.

В судебно-психиатрической практике в психотравмирующей ситуации у больных с мозговыми формами атеросклероза сравнительно часто бывают временные ухудшения психического и общесоматического состояния, которые обычно квалифицируют как декомпенсацию. В одних случаях декомпенсация выражается в обострении неврологических органических симптомов, в других — в углублении интеллектуальных нарушений и аффективных расстройств. Декомпенсации, как правило, возникают у больных с начальными атеросклеротическими нарушениями или на ранних этапах II стадии заболевания, на фоне незначительного интеллектуально-мнестического снижения. Декомпенсация приводит к увеличению субъективных жалоб на плохое самочувствие, усилению истощаемости, эмоциональной лабильности; в психотравмирующей ситуации больные обнаруживают растерянность, значительное снижение памяти, непонимание происходящего вокруг, что создает впечатление значительно большей глубины психических нарушений, обусловленных сосудистым заболеванием. Такое своеобразное заострение и утяжеление аффективных расстройств и интеллектуальных нарушений в дальнейшем, по мере компенсации состояния, сглаживается. На фоне атеросклероза головного мозга иногда возникают патологические реакции типа аффективно-личностных, которые внешне сходны с декомпенсациями у психопатических личностей и эндоформными депрессиями [Розова М. С., 1972; Печерникова Т. П., 1977; Кондратьев Ф. В., Криворучко Ю. Д., 1983]. При таких реакциях значительную роль играют преморбидные качества личности. После психотравмирующих воздействий появляются аффективная напряженность, возбудимость, вспыльчивость, склонность к истерическим реакциям, а также ипохондрическое состояние и отдельные паранойяльные включения.

По данным ряда авторов [Бунсеев А. Н., 1930; Гейер Т. А., 1930; Ганнушкин П. Б., 1933], начальные формы атеросклероза нередко сопровождаются усилением и заострением аномальных

личностных особенностей. Помимо свойственных ранее черт характера, у больных по мере развития сосудистой церебральной недостаточности обнаруживаются торпидность аффективных проявлений, склонность к депрессивно окрашенным переживаниям наряду с фиксированностью эмоций на психотравмирующих обстоятельствах. Это служит основой для формирования паранойяльных реакций и патологических паранойяльных развитий личности с сутяжно-паранойяльными синдромами, а также с идеями ревности, реформаторства и изобретательства.

Клинические особенности атеросклероза головного мозга нередко служат благоприятной почвой для реактивных состояний. Существует определенная корреляция между сохранностью личности больного сосудистым заболеванием и клиническими проявлениями и глубиной реактивных состояний [Фелинская Н. И., 1966]. Реактивные состояния у больных атеросклерозом головного мозга возникают чаще в I и реже во II стадии заболевания и выражаются в псевдодементно-конфабуляторных, пуэрильно-амнестических, психогенно-амнестивных, ступорозных, депрессивных и параноидных синдромах. Возникают преимущественно депрессивные и параноидные реакции. В структуре реактивно-бредовых синдромов большая роль принадлежит ложным воспоминаниям с преобладанием идей преследования, ущерба, ревности, а также «мелкий масштаб» бредовых построений. При выраженных атеросклеротических и соматических нарушениях в оформлении реактивного параноида приобретают определенное значение и прошлые психические травмы, которые в новой ситуации актуализируются. Такое ретроспективное искажение восприятия действительности становится предпосылкой для конфабуляторной структуры бредовых идей [Жислин С. Г., 1960]. Истерические формы реактивных состояний у таких больных чаще проявляются псевдодементно-конфабуляторными и пуэрильно-амнестическими синдромами, в которых отражается патологически измененная почва.

Со времени описания С. А. Сухановым и И. Н. Введенским (1904) атеросклеротических психозов их структура и клинические границы остаются спорными. E. Stern (1955), H. Kehrer (1959) относят их к группе экзогенных органических заболеваний, W. Mayer-Gross и соавт. (1955) расценивают эти психозы как «функциональные» психозы позднего возраста. Отечественные психиатры [Авербух Е. С., 1950; Жислин С. Г., 1960; Штернберг Э. Я., 1960, и др.] выделяют сосудистые психозы среди хронических заболеваний. Наибольшее значение в судебно-психиатрической практике имеют галлюцинаторно-параноидные и депрессивно-параноидные синдромы у больных атеросклерозом головного мозга.

У больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом паранойяльным расстройством, которые обычно наблюдаются в дебюте заболевания, предшествуют стойкие нарушения, выражающиеся усугублением конституциональных черт характера, упор-

ной головной болью, признаками астении и некоторого интеллектуального оскудения. По мере прогрессирования заболевания паранойяльный синдром расширяется, присоединяются идеи отравления и колдовства с патологическим толкованием реальных соматических ощущений.

Дальнейшее течение заболевания характеризуется развитием истинных вербальных галлюцинаций, иногда оскорбляющих и угрожающих. В некоторых случаях атеросклеротический психоз может дебютировать остро с галлюцинаторно-параноидных расстройств с присоединением в дальнейшем компонентов ассоциативного и сенестопатического автоматизма. Психопатологическая симптоматика нередко бывает «мерцающей».

Психозы, свойственные больным атеросклерозом головного мозга, могут протекать с депрессивно-параноидными синдромами. Начало заболевания в этих случаях нередко совпадает с действием дополнительных соматических и психических вредностей. В этот период, как правило, наблюдается отчетливое обострение сосудистого церебрального заболевания.

В структуре депрессивно-бредового синдрома наиболее выражены аффективные нарушения, бредовые расстройства отличаются отрывочностью, отсутствием систематизации, конкретностью, «малым размахом». Депрессивные бредовые идеи могут достигать степени бреда Котара.

Течение и прогноз атеросклеротических психозов в большой степени определяются прогрессивностью церебрального атеросклероза.

**Дифференциальная диагностика.** Начальные проявления атеросклероза головного мозга с преобладанием неврастенической симптоматики следует отличать от обычной неврастении, неврозов и легких форм реактивных состояний. Внешнее сходство этих заболеваний состоит в динамичности патологических проявлений и связи с психогенными факторами. Атеросклеротическую неврастению от сходных состояний отличают неврологическая симптоматика с очаговыми нарушениями, некоторое снижение интеллектуально-мнестических функций, а также утомляемость, медлительность, элементы слабодушия, относительная устойчивость болезненных явлений. Правильной диагностике помогает изучение состояния больных до воздействия психотравмирующих факторов.

Психические изменения, свойственные II стадии атеросклероза головного мозга, нередко трудно отличить от последствий травмы головного мозга и сифилиса мозга. Посттравматические нарушения психики и признаки атеросклероза головного мозга различают по возрасту больных, указаниям в анамнезе на черепно-мозговую травму и ее тяжесть. Ведущие признаки при травмах черепа: обильная вегетативная симптоматика, отсутствие лабильности артериального давления и указаний на дисциркуляторные нарушения, а также относительная сохранность интеллектуально-мнестических функций. В судебно-психиатриче-

ской практике определенное значение имеет сочетание атеросклероза и травм черепа. При отграничении психических нарушений, свойственных атеросклерозу головного мозга, от сифилитических заболеваний центральной нервной системы диагностическое значение имеют серологические реакции в крови и спинномозговой жидкости и специфические неврологические симптомы, свойственные сосудистым формам сифилиса мозга.

При разграничении атеросклеротических и старческих (атрофических) психозов важно учитывать изменения личности, предшествующие манифестации психоза. Перед возникновением продуктивных расстройств при старческих психозах отмечается «сдвиг» с резкими изменениями личности больного. Сосудистые психозы развиваются на фоне неглубоких дисмнестических и интеллектуальных расстройств. При старческих психозах в этом периоде выявляется прогрессирующее снижение интеллекта, рано наступает расстройство критики с расторможением влечений; возникновение психоза не зависит от нарушения мозгового кровообращения.

При деменции, свойственной больным атеросклерозом головного мозга, как правило, сохраняется частичное понимание своей измененности. При сенильно-атрофической деменции развивается прогрессирующая амнезия со сдвигом ситуации в прошлое и обильными конфабуляциями, расстройствами критики. Бредовые формы сосудистых психозов следует отличать от шизофрении, манифестирующей в пожилом возрасте.

### **Гипертоническая болезнь**

Гипертоническая болезнь была впервые описана в конце прошлого столетия и долго считалась одним из проявлений атеросклероза. Вопросы этиологии и патогенеза гипертонической болезни до настоящего времени остаются недостаточно ясными. По мнению Г. Ф. Ланга (1948), основной причиной данного заболевания являются психическая травма и эмоциональное перенапряжение.

Кроме нейрогуморальных факторов, в этиологии гипертонической болезни определенную роль играют наследственное предрасположение, возраст, алиментарная дистрофия, черепно-мозговые травмы и ряд других причин.

**Клинические проявления.** При гипертонической болезни психические нарушения могут быть как преходящими, так и стойкими. Условно выявляют 3 стадии гипертонической болезни: функциональную, склеротическую и терминальную, между которыми возможны переходные состояния.

**Функциональная стадия** гипертонической болезни характеризуется возникновением неврастенических симптомокомплексов. В этой стадии отмечается ряд соматических расстройств, к числу которых относятся транзиторное повышение артериального давления, периодические неприятные ощущения в области сердца, покалывания, легкие стенокардические приступы.

В склеротической стадии гипертонической болезни артериальное давление устанавливается на высоких цифрах. Возможны его колебания, но оно обычно не снижается до нормальных цифр. Наступают анатомические изменения сердечной мышцы, артериол почек и мозга. Особенностью склеротической стадии гипертонической болезни является склонность к сосудистым спазмам, что проявляется эпизодически возникающими головокружениями, иногда с кратковременными нарушениями типа абсансов, обморочными состояниями, преходящими парезами и парафазией, расстройствами речи, онемением конечностей. По клинической картине такие пароксизмальные состояния внешне напоминают предынсультные периоды, но отличаются от последних кратковременностью, тенденцией к обратному развитию без существенных остаточных изменений в неврологической и психической сферах.

При злокачественном течении заболевания, длящегося несколько лет, иногда на высоте гипертонического криза возникают онейроидные (сноподобные) состояния сознания с яркими грезоподобными, фантастическими, бредоподобными галлюцинациями, дезориентировкой в окружающей обстановке, психомоторным возбуждением. Онейроиды протекают благоприятно: по мере снижения артериального давления психопатологические нарушения подвергаются обратному развитию. Дебриозные состояния, свойственные гипертонической болезни, характеризуются бредовыми идеями, слуховыми и зрительными сценopodobными галлюцинациями, сопровождающимися аффектом страха, тревоги, двигательным возбуждением. Такие состояния длятся несколько дней и также обнаруживают определенную зависимость от клинической выраженности гипертонической болезни.

Иногда встречается сочетание гипертонической болезни с хроническим алкоголизмом. В ряде случаев алкогольное опьянение может провоцировать нарушения, которые по своей структуре приближаются к сумеречным помрачениям сознания. Клиническая картина этих состояний выражается в нарушенной ориентировке, ложных узнаваниях, страхе, отрывочных галлюцинациях и бреде. В структуре этих состояний могут присутствовать физические признаки опьянения. Психотическое состояние заканчивается критически, с глубоким терминальным сном. Воспоминания о перенесенном или полностью отсутствуют, или весьма отрывочны.

В терминальной стадии гипертонической болезни нарушения напоминают атеросклероз головного мозга.

В психотравмирующей ситуации на фоне гипертонической болезни I и II стадий легко возникают реактивные состояния, которые выражаются преимущественно депрессивными синдромами (астенодепрессивный, истерическая депрессия, депрессивно-параноидный). По частоте преобладает истерическая депрессия, особенно при сочетании гипертонической болезни с климаксом.

**Дифференциальная диагностика.** Психические нарушения при гипертонической болезни следует отграничивать от аналогичных расстройств, возникающих в рамках психоорганического синдрома при различных заболеваниях головного мозга (последствия черепно-мозговых травм, инфекционных и параинфекционных энцефалитов, начальные стадии сифилиса мозга и т. д.). Для психических нарушений при этой болезни характерны возникновение и сочетание их с гипертонией, зависимость выраженности и динамики синдрома от основной болезни, сочетание его с характерными соматическими расстройствами, а также общая прогрессивность как гипертонической болезни, так и психопатологических нарушений. При гипертонической болезни преобладают астенические, астеноневротические, депрессивные, ипохондрические и тревожно-депрессивные синдромы с ведущими астеническими и астено-депрессивными компонентами.

Формирование психоорганического синдрома при гипертонической болезни и появление признаков слабоумия свидетельствуют о прогрессировании заболевания и переходе его в следующую фазу, что позволяет определить локализацию заболевания в определенных сосудах головного мозга. Важным дифференциально-диагностическим признаком служат гипертонические кризы с явлениями нарушения мозгового кровообращения и последующим утяжелением психопатологических расстройств.

## Лечение

Лечение больных с гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом направлено как на купирование или стабилизацию сосудистой патологии, так и на смягчение психических расстройств.

При лечении гипертонической болезни сочетанием гипотензивных и спазмолитических средств с диуретиками и седативными препаратами достигается стабилизация артериального давления. В ряде случаев на фоне такой терапии устраняются неврологические и неглубокие депрессивные расстройства. В более тяжелых случаях гипертонической болезни указанную терапию следует сочетать с психотропными препаратами (транквилизаторы или производные бензодиазепина с кратковременным действием), при тревожно-депрессивных состояниях добавляют антидепрессанты.

При лечении больных церебральным атеросклерозом следует применять препараты, понижающие содержание в крови холестерина и липопротеидов, при необходимости сочетая их с гипотензивными и спазмолитическими средствами.

Если сосудистая патология сопровождается психическими расстройствами, то лечение проводится психотропными средствами с учетом структуры и динамики синдрома. Следует пред-

почесть препараты, имеющие наименьшие побочные действия, индивидуально подбирая дозы в соответствии с возрастом больных и сопутствующими соматическими заболеваниями.

### Судебно-психиатрическая оценка

В судебно-психиатрической практике сосудистые заболевания головного мозга встречаются сравнительно часто, и их экспертная оценка вызывает в ряде случаев значительные трудности. Лица с ранней стадией атеросклероза головного мозга и гипертонической болезнью с явлениями легкой астении, рассеянной неврологической симптоматикой и неврозоподобными синдромами различной структуры вменяемы, так как эти изменения не лишают их возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Следует учитывать склонность таких больных к декомпенсации в психотравмирующей ситуации с усилением свойственных им аффективных и интеллектуально-мнестических нарушений. Такая декомпенсация бывает временной и вполне обратимой. Обследуемых помещают для лечения в психиатрические больницы. Декомпенсация нередко повторяется при возобновлении психотравмирующей ситуации. Повторные декомпенсации, как правило, склонны к более протрагированному течению и приближаются к затяжным реактивным состояниям. Частые декомпенсации с затяжным течением в судебно-следственной ситуации являются признаками глубоких сосудистых нарушений, поэтому, признавая обследуемых вменяемыми в отношении совершенных деяний, есть основания направлять их на лечение в психиатрические больницы в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР.

При реактивных состояниях у больных атеросклерозом головного мозга и гипертонической болезнью в целях уточнения глубины изменений психики, свойственных собственно атеросклерозу головного мозга или гипертонической болезни, целесообразно направлять таких больных на принудительное лечение с последующим возвращением на экспертизу для решения вопроса о вменяемости.

Трудно составить мнение о вменяемости больных с интеллектуально-мнестическими нарушениями. Сохранность при атеросклеротическом слабоумии внешних форм поведения и выработанных в течение жизни навыков нередко затрудняет определение глубины наступивших изменений. Следует различать медленно развивающиеся формы слабоумия и слабоумие, возникающее сравнительно остро в постинсультном периоде. Для определения глубины изменений при постепенно развивающемся атеросклерозе имеют значение не только интеллектуально-мнестические нарушения, астенические проявления, но и нарушения аффективной сферы, изменения всей структуры личности.

Слабоумие после перенесенного инсульта обычно имеет не-



которые отличительные черты. В клинической картине таких состояний, помимо интеллектуально-мнестических и аффективных расстройств, имеются элементы моторной, сенсорной и амнестической афазии, из-за чего нарушается контакт больного с внешним миром. Больной не только не может выразить свои мысли, но и обнаруживает нарушения мышления, так как расстройства внутренней речи приводят к потере смысла слов и, следовательно, нарушениям мышления. Лица с медленно развивающимся слабоумием и с постаполексической деменцией невменяемы в отношении совершенных ими противоправных действий. Если сдвиги в структуре психических нарушений развиваются после совершения правонарушений, то возникает вопрос о направлении таких лиц на принудительное лечение в психиатрические больницы в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР.

Атеросклеротические психозы в момент совершения правонарушения исключают вменяемость. Больным сосудистыми заболеваниями головного мозга свойственны и кратковременные психотические состояния, провоцируемые в ряде случаев приемом алкоголя и протекающие, как правило, с нарушениями сознания (онейроидные, делириозные, сумеречные). Судебно-психиатрическая оценка состояния таких лиц аналогична оценке состояния при временных расстройствах психической деятельности (см. главу 24).

Одним из вариантов кратковременного болезненного расстройства сознания являются состояния оглушения, обусловленные внезапно развившимся спазмом церебральных сосудов атеросклеротического и гипертонического генеза у водителей транспорта. В подобных случаях почти всегда имеется соответствие между описанием субъективных переживаний водителей («внезапно появились головокружение, головная боль, тошнота, провал в сознании», руки стали «ватными», в них ощущалось «покалывание», внезапно появилось «жжение в затылке») и данными свидетелей, отмечающих бледность кожи и видимых слизистых оболочек, изменения поведения водителей («не отвечал на вопросы, был какой-то задумчивый, заторможенный»). После аварии водители бывают оглушенными, с трудом понимают смысл задаваемых им вопросов, не помнят обстоятельств дорожно-транспортного происшествия. При стационарном обследовании у них отмечается сосудистая церебральная патология со склонностью к динамическим нарушениям мозгового кровообращения [Белов В. П., Докучаева О. Н., Воробьев Ю. М., 1982].

При судебно-психиатрическом освидетельствовании осужденных важно отграничить психогенно обусловленные состояния декомпенсации и реактивные состояния, возникающие на фоне сосудистых заболеваний головного мозга, от изменений психики, обусловленных органическим поражением головного мозга. Выносить заключение о невозможности осужденным отбывать наказание в соответствии со стр. 362 УПК РСФСР можно в случа-

ях наступившего слабоумия, постинсультных выраженных изменений психики и сосудистых психозов с протрагированным течением.

Экспертная оценка состояния больных сосудистыми заболеваниями головного мозга в гражданском процессе касается в основном определения дееспособности. При выраженных интеллектуально-мнестических нарушениях, слабоумии после перенесенного инсульта больные признаются недееспособными и над ними учреждается опека. Нередко требуется посмертно оценить психическое состояние лица в момент составления завещания. Посмертная экспертиза трудна тем, что эксперт вынужден опираться только на материалы дела и медицинскую документацию, нередко содержащие противоречивые сведения о состоянии больного в момент оформления завещания. При установлении возможности понимать значение своих действий и руководить ими в период совершения гражданского акта нужно разграничивать хронические изменения психики в результате сосудистых расстройств и постинсультные состояния. Указания на выраженное слабоумие в момент составления завещания позволяют сделать вывод о том, что лицо не могло понимать значения своих действий и руководить ими.

Особые трудности возникают при оценке изменений психики в постинсультном периоде. Состояние больного в остром постинсультном периоде с мерцанием сознания, явлениями оглушения, частичной ориентировкой в окружающем нередко поразному расценивают родственники и посторонние лица. Особенности психопатологических нарушений у больных в этом периоде, неустойчивость симптоматики и явления тяжелой астении в «светлые» промежутки обычно склоняют экспертов в сторону заключения о невозможности ими в тот период понимать значение своих действий и руководить ими [Холодковская Е. М., 1957].

В отдаленном периоде нарушения мозгового кровообращения афатические расстройства значительно затрудняют определение глубины изменений психики. Амнестическая афазия в сочетании с алексией и аграфией, исключающие смысловое понимание слов, свидетельствуют о невозможности принимать участие в совершении гражданских актов и, следовательно, о недееспособности больного.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза гражданки М. по иску о признании завещания, оформленного 29.07.80 г., недействительна.

Из показаний свидетелей в судебном заседании и медицинской документации известно, что М., 1900 г. рождения, была одинокой, проживала в собственном доме вместе со своим братом, ей принадлежала треть домовладения. С 1955 г. М. наблюдалась в поликлинике по месту жительства, с 1960 г. ей был установлен диагноз «склероз сосудов головного мозга со снижением памяти». В последующем она периодически обращалась в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружения, пошатывание при ходьбе; неоднократно находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении с диагнозами: «церебральный атеросклероз; ликворная гипертензия», «остаточные явления перенесенной воздушной контузии с ликворной гипертензией, осложненной атеросклерозом», «склероз сосудов головного мозга, ате-

росклероз». В амбулаторной карте поликлиники, записи в которой заканчиваются 1972 г., психическое состояние М. не описано. Согласно показаниям невропатолога, который наблюдал М. с 1960 г., она «путала лекарства, не могла решать какие-либо вопросы, психика ее была нарушена, отмечались грубая деменция и безволие, она ничего не помнила, ничего не знала». За 2 нед до составления завещания, 14.06 80 г., М. обращалась в отделение милиции с заявлением, что ее брат «забирает» законсервированные ею продукты из погреба, «прячет» ее документы и домовую книгу. При проверке документы и законсервированные продукты оказались на месте М. говорила также, что ее брат «приклеивает бороду и лезет в погреб, портит консервацию».

29.07.80 г. М. составила завещание на свою часть дома и денежный вклад в пользу племянницы (ответчицы), проживающей в другом городе, но временно находившейся у М. По показаниям нотариуса, состояние здоровья М. не вызывало сомнений, М. «ответила на все вопросы». В то же время нотариус отмечает, что у М. была «какая-то тревога, она говорила, что боится оставить завещание дома». По показаниям ответчицы, у М. была «забывчивость», но в остальном она «была нормальной, обслуживала себя сама». После составления завещания ответчица увезла М. к себе, затем привезла назад по ее просьбе. М. просила ее отвезти домой, говорила, что «брат (истец) повыбивает стекла, что-то сделает с домом», он якобы «заходил к ней ночью и пугал ее», высказывала опасение, что брат убьет ее. В материалах дела имеются письма М. к ответчице, содержание которых непоследовательное, с повторениями, отрывочными, бессвязными фразами странного содержания. Так, например, она пишет. «Нас карают.», «выгоняют ехать, дядько Шурка все отнимает, мы страдаем. . никто ночевать не пускает, ручку отняли». По показаниям истца, М. с 1980 г. «стала совсем плохой, не могла зажечь плиту, спичку подносила к ручке или к центру конфорки», говорила ему, что он «напустил в дом цыган с детьми и ей негде спать, налил воду в погреб». С 1980 г. она рассказывала соседям, что брат «надевает мешок на голову, чтобы она его не узнала, и обворовывает ее». Истец отмечает также, что М. забывала выключить газ, выйдя во двор, не могла найти свой дом, спрашивала, где она живет. Показания истца о неправильном поведении и высказываниях М. («постоянно что-то выдумывала», «была как ребенок», «говорила невпопад») подтверждают некоторые соседи, а другие полностью отрицают наличие у М. каких-либо признаков слабоумия и психических расстройств.

13.04.81 г. М. была обследована в поликлинике и направлена в психоневрологический диспансер с предположительным диагнозом «сенильный психоз». По данным диспансерной карты, в этот же день при осмотре в психоневрологическом диспансере она была спокойна, отрицала, что брат ее «обворовывает», но утверждала, что он «портит ее вещи, белье, пачкает их». Считала, что брат «добивается наследства» и в связи с этим притесняет ее. Отмечено, что она эмоционально лабильна, вяла, память на прошлые и текущие события снижена. Диагноз: церебральный склероз с интеллектуально-мнестическим снижением, параноидный синдром?

В дальнейшем М. еще дважды была обследована психиатром (12.08.81 и 17.08.81 г.) Отмечено, что она стала «более упорядочена», «спокойна», «бредовые идеи прошли», «память снижена», «может находиться в доме престарелых». Согласно справке, М. с 21.10.81 г. до смерти (16.12.81 г.) находилась в доме-интернате с диагнозом: церебральный атеросклероз III стадии, атеросклеротический кардиосклероз. Причина смерти, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. По показаниям сотрудников интерната, М. они все воспринимали как «человека с нарушенной психикой», странности проявлялись в «заблужденных разговорах».

Заключение: М. страдала органическим заболеванием головного мозга в форме церебрального атеросклероза с выраженным снижением памяти, интеллекта и бредовыми идеями ущерба. Указанные психические расстройства наблюдались у М. еще до оформления ею завещания, поэтому при составлении ею завещательного распоряжения 20.07.80 г. она не могла понимать значения своих действий и руководить ими.

**ПСИХОЗЫ В ПРЕДСТАРЧЕСКОМ  
ВОЗРАСТЕ**

Психические заболевания в предстарческом и старческом возрасте в последние годы стали предметом интенсивного и всестороннего изучения. Это определяется как достижениями биологии и медицины, так и актуальностью данной проблемы. По статистическим данным отечественных и зарубежных авторов, средняя продолжительность жизни людей значительно возросла и увеличилось число пожилых людей в обществе. Так, в 1970 г. мужчин 60 лет и старше было больше 8%, а женщин — 15% [Бедный М. С., 1972]. Около 20% лиц старше 75 лет, живущих в обществе, нуждаются в госпитализации в психиатрическую больницу.

По поводу психических заболеваний предстарческого и старческого возраста высказывались различные мнения. Одни авторы считают, что подразделение психических заболеваний на предстарческие и старческие весьма условно и правильнее говорить о психических заболеваниях в период инволюции [Суханов С. А., 1914; Parhon-Stefănescu С., 1959]. Другие авторы деление психических нарушений на пресенильные и сенильные психозы обосновывают главным образом не возрастом больного, а особенностями патогенеза и клиники заболеваний [Гиляровский В. А., 1954]. Е. Bleuler (1920) объединял пресенильные и сенильные психозы.

Наряду со специальным изучением клиники психических расстройств у лиц предстарческого и старческого возраста в последние годы много внимания уделяют роли различных факторов в возникновении психических нарушений у таких лиц и условиям, способствующим их социальной реабилитации. Хотя основная программа старения заложена в генетических механизмах, на выполнение этой программы влияют многочисленные внешние факторы. Статистические разработки [Dovenmuehle M., 1968] показали, что у депрессивных больных предстарческого и старческого возраста часто наблюдаются соматические заболевания. Социальные и бытовые условия также влияют на частоту возникновения и тяжесть депрессии, но меньше, чем соматические заболевания.

**Пресенильные психозы**

Пресенильные психозы как самостоятельную нозологическую единицу выделил Е. Kraepelin (1900), главным образом по возрастному признаку. В последующем значительные психопатологические различия отдельных форм пресенильных психозов, их сходство с другими психическими заболеваниями послужили

поводом для отрицания их нозологической самостоятельности. Пресенильные психозы стали рассматриваться как результат шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, атеросклероза или других заболеваний со специфическими наслоениями возрастных психических особенностей. Результаты катамнестического обследования больных, которых Е. Краепелин до этого считал страдающими пресенильным психозом (инволюционная меланхолия) и у которых этот диагноз не подтвердился, препятствовали выделению пресенильных психозов как нозологической единицы. Нозологическое единство пресенильных психозов оспаривают и в настоящее время, но большинство исследователей признают за пресенильными психозами нозологическую самостоятельность.

**Клинические проявления.** Среди психозов предстарческого возраста особое положение занимают психические расстройства вследствие атрофических процессов в головном мозге [Штернберг Э. Я., 1967]. Согласно Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (8-й пересмотр), в рамках психозов предстарческого возраста выделяют инволюционную меланхолию, парафрению и пресенильные деменции.

Инволюционная меланхолия является наиболее распространенным заболеванием. Она начинается обычно опасениями, неопределенными страхами, ожиданием несчастья, нередко ипохондрическими идеями. Могут присоединиться идеи виновности и преследования. На высоте психоза развиваются ажитированная депрессия, тревожное возбуждение, нередко бред инсценировки, сложные фантастические бредовые идеи виновности, гибели, отрицания (различные варианты синдрома Котара). Все эти болезненные симптомы могут возникать и на фоне двигательной заторможенности. В связи с особенностями клиники заболевания его необходимо дифференцировать с депрессивными приступами при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, сосудистых, органических психозах, развивающихся в инволюционном периоде. Пресенильная депрессия отличается от шизофренической тревожным опасением и неопределенными страхами, тревожным возбуждением, сочетающимся с нигилистическим фантастическим бредом. Диагностике помогает изучение структуры изменений личности, появившихся как до развития тревожно-депрессивных расстройств, так и после острого периода.

От органических психозов инволюционная меланхолия отличается типом инициальных расстройств (тревога, ожидание несчастья, ипохондричность), отсутствием эпизодов помрачения сознания, свойственных органическим психозам; от сосудистых психозов — отсутствием лабильности аффекта, эпизодов расстроенного сознания, астенических проявлений; от депрессии при маниакально-депрессивном психозе — характером инициальных расстройств, преобладанием тревоги и возбуждения, а так-

же началом в пожилом возрасте. Следует учитывать, что инволюционной меланхолии не свойственно приступообразное течение.

Инволюционный параноид является частой формой пресенильных психозов (пресенильный бред ущерба, пресенильная паранойя, пресенильная парафрения). Для инволюционного параноида типичны яркие бредовые идеи и галлюцинации на фоне тревожно-тоскливого настроения. Бред стоек, интерпретативен, ему свойственны конкретность и обыденность содержания. Эти особенности структуры бреда при отсутствии у больных типичных для шизофрении изменений личности служат дифференциально-диагностическим признаком. Бредовые идеи и галлюцинации различны по содержанию, наиболее характерны бредовые идеи ущерба и ревности. Бредовые идеи, как правило, связаны с определенной ситуацией, включают патологическую переработку реальных событий. Больные жалуются на то, что их преследуют на работе или в квартире те или иные лица, хотят «сжить их со света», завладеть их жилплощадью, имуществом. Бредовые идеи ревности также связаны с определенными лицами и обстоятельствами. Больные ревнуют супруга к соседям, знакомым и даже близким родственникам, подтверждая свои бредовые высказывания незначительными фактами. Бредовые идеи ревности часто сопровождаются ипохондрическим состоянием. Эмоциональные нарушения характеризуются монотонностью аффекта, его связью с тематикой бреда. С бредовыми расстройствами сочетаются галлюцинации, чаще слуховые и тактильные. Больные слышат, как переговариваются преследователи, ощущают действие гипноза, лучей, ядов и т. д.

Кататоническая форма — редкий вариант пресенильных психозов. Она развивается преимущественно из инволюционной меланхолии. Вместе с тоскливо-тревожным состоянием у больных появляется двигательная заторможенность, которая может достигнуть глубины ступора. В состоянии двигательного оцепенения больные обнаруживают многие симптомы, свойственные кататоническому ступору при шизофрении. Однако в отличие от больных шизофренией выражение лица у пресенильных больных тоскливое, при настойчивых расспросах можно услышать адекватные ответы, больные поддерживают избирательный контакт с окружающими и негативистическая реакция отмечается лишь в отношении отдельных лиц. Упорные отказы больных от пищи нередко связаны с идеями самообвинения.

Инволюционную истерию как самостоятельную форму пресенильного психоза выделяют некоторые авторы [Гейер Т. А., 1925; Гиляровский В. А., 1954]. Здесь на первое место выступает аффективная неустойчивость. У больных отмечаются бурные эмоциональные реакции по незначительным поводам, они часто ощущают спазм в горле при волнении, жалуются на неприятные ощущения в теле. Нередко бывают парезы конеч-

ностей и истерические припадки. Пресенильный психоз может начаться с психогенно-истерической симптоматики в психотравмирующей ситуации после совершения правонарушения, во время следствия. Истинная природа заболевания выявляется не сразу, и возникают трудности в нозологической оценке.

Течение и исход пресенильных психозов. Большинство авторов указывают на продолжительное и вялое течение перечисленных выше форм психозов. Психопатологическая симптоматика со временем теряет свою яркость, аффективную насыщенность, становится малопродуктивной и однообразной и в таком виде стойко сохраняется в дальнейшем. Тревожно-тоскливый синдром может перейти в бредовой [Фаворина В. Н., 1949; Dombrowski S., 1957]. Распада основных свойств личности не отмечается. При присоединении атеросклеротических и старческих изменений психики выявляется неспецифический для пресенильных психозов атеросклеротический или старческий дефект. Некоторые авторы выделяют галопирующее течение (ажитированная меланхолия), при котором указанные изменения психики наступают сравнительно быстро [Снежневский А. В., 1941].

Пресенильные деменции занимают в группе предстарческих психозов особое место. Они возникают в связи с развитием атрофических процессов в головном мозге. Общим для этих деменций (названных по имени описавших их авторов болезнью Пика, Альцгеймера, хореей Гентингтона, Якоба — Крейтцфельдта) являются малозаметное начало, прогрессивность и необратимость расстройств, сочетание прогрессирующего слабоумия с очаговыми неврологическими симптомами. Из этих заболеваний наибольшее практическое значение имеют болезнь Альцгеймера и болезнь Пика.

На болезнь Альцгеймера в практике психиатрических проектов приходится около 4% вскрытий [Штернберг Э. Я., 1967]. При болезни Альцгеймера наряду с нарастающим слабоумием ярко выражено расстройство памяти по типу прогрессирующей амнезии. Рано появляются и усиливаются по мере развития болезни афатические расстройства — амнестическая и сенсорная афазия, логоклония и насильственная речь, нарушение письма, чтения, апраксия и агнозия; иногда наблюдаются эпилептиформные припадки.

Болезнь Пика, по данным Э. Я. Штернберга (1967), встречается значительно реже, чем болезнь Альцгеймера. Она нередко начинается псевдопаралитическим синдромом (преимущественно при поражении лобных долей головного мозга) или изменениями личности в виде эмоционального снижения, психической и моторной аспонтанности. Критика сильно нарушается при относительно длительной сохранности формальных знаний, навыков и памяти. При распаде экспрессивной речи возникают особые речевые стереотипии, эхолалия, на отдаленных этапах болезни — апрактические нарушения.

Продуктивные психотические расстройства при болезни Альцгеймера и болезни Пика довольно редки. Психотические эпизоды (делириозные или аментивные) сочетаются со злокачественным течением болезни.

**Вопросы этиологии и патогенеза.** Принято считать, что возникновение пресенильных психозов зависит не только от возрастных, но и от соматических [Гейер Т. А., 1925; Гиляровский В. А., 1935; Жислин С. Г., 1956] и психических факторов [Снежневский А. В., 1949; Давыдова А. В., 1954]. Отдельные авторы отмечают характерологические особенности, свойственные этим лицам до болезни: мнительность, тревожность, нерешительность, повышенное чувство ответственности [Гейер Т. А., 1925; Фаворина В. Н., 1949]. Однако эти соображения о роли экзогенных вредностей и преморбидных особенностей больных построены лишь на эмпирических данных.

Пресенильные психозы чаще возникают у женщин в пременопаузальном и климактерическом периоде. В связи с этим некоторые авторы пытались сводить инволюционные сдвиги в организме к эндокринным изменениям и объясняли этим сущность психического заболевания. Более обстоятельное изучение больных с пресенильными психозами, неэффективность лечения эндокринными препаратами подорвали убедительность этой теории. Вместе с тем можно полагать, что эндокринные сдвиги имеют важное значение в генезе легких эмоциональных расстройств. Многие авторы основное место в возникновении заболеваний отводили общей инволюции организма, нарушению обмена веществ и аутоинтоксикации [Гейер Т. А., 1925; Гиляровский В. А., 1935]. Однако особенности обмена веществ у больных пресенильным психозом изучены мало.

### **Сенильные психозы**

Старческие (сенильные) психозы возникают обычно в возрасте 60—70 лет, заболеваемость мужчин и женщин приблизительно одинакова.

**Клинические проявления.** С. С. Корсаков (1901) выделил 4 стадии старческого психоза: интеллектуальные изменения, появление бредовых идей, глубокое слабоумие, общий маразм и адинамия. В клинике психозов условно выделяют две формы: старческое слабоумие и старческие психозы в собственном смысле.

При старческом слабоумии, как видно из названия, основное значение имеют выраженные тотальные интеллектуальные расстройства в сочетании с особыми мнестическими и эмоциональными нарушениями.

Болезнь начинается, как правило, исподволь, незаметно. Типичны прогрессирующая амнезия и конфабуляции. Нарушается память, прежде всего на текущие события, затем мнестические расстройства распространяются на более ранние периоды жизни больного. Образовавшиеся пробелы памяти больные запол-



няют вымышленными событиями (псевдореминисценции и конфабуляции). Большинство авторов указывают на различие между этими понятиями. К псевдореминисценциям относят высказывания больных о тех событиях или обстоятельствах, которые имели место в жизни; больные лишь произвольно перемещают их во времени. Под конфабуляциями обычно понимают фантазии больных, неправдоподобные по обстоятельствам и легко меняющиеся по содержанию. Обильные конфабуляции у отдельных больных могут создавать впечатление бредовой продукции, но отличаются нестойкостью и отсутствием определенной тематики.

Аффективная жизнь больных резко суживается и изменяется, наблюдается либо благодушное, либо угрюмо-раздражительное настроение. Часто возникает диссоциация между нарушенной способностью понимать ситуацию и достаточной сохранностью привычных форм поведения и навыков. Наблюдаются распад целостного пространственного восприятия, невозможность правильной оценки ситуации и обстановки в целом. Поведение становится пассивным или суетливым (собирают вещи, пытаются куда-то уйти). Нередко поведение больных определяет расторможенность инстинктов — повышенный аппетит и сексуальность. Сексуальная расторможенность проявляется в идеях ревности, в попытках к развратным действиям с малолетними.

При старческих психозах часто встречаются психические нарушения в виде бреда и галлюцинаций. Они наблюдаются в начале заболевания при отсутствии выраженного слабоумия, одновременно возникают эмоциональные нарушения в виде депрессивных состояний. Больные высказывают бредовые идеи преследования, виновности, обнищания и ипохондрические идеи. Бред связан с реальной ситуацией, с отдельными фактами жизненных обстоятельств. Вместе с бредовыми идеями у больных обнаруживается и галлюцинаторная симптоматика, наиболее характерны зрительные галлюцинации. Они бывают всех видов и по содержанию связаны с бредовыми идеями. Эпизодически могут возникать состояния расстроенного сознания с обильными конфабуляциями.

W. Mayer-Gross (1970) специально выделяет депрессивную форму старческого психоза. Депрессивные состояния в старческом возрасте сходны с таковыми в предстарческом. Возможно волнообразное течение бредовых психозов в пожилом возрасте [Предеску В. И., 1959].

**Вопросы этиологии и патогенеза.** Этиология и патогенез психозов возраста обратного развития мало изучены, их разработка тесно связана с общими вопросами старения организма. В возникновении заболевания имеют значение психические травмы и соматические вредности.

В последние годы особое внимание уделяют генетическим аспектам старения. Для изучения патологических изменений орга-

низма пожилых людей, страдающих психическими расстройствами, интересны данные о патоморфологических изменениях головного мозга. При старческих психозах отмечены определенные макро- и микроскопические изменения в центральной нервной системе. Макроскопически обнаруживают мутность и сращение мозговых оболочек, атрофические изменения, преимущественно в лобных отделах головного мозга. Эти атрофические изменения находят и при пневмоэнцефалографическом обследовании. Микроскопически обнаруживают дегенерацию ганглиозных клеток, их жировое перерождение.

### **Лечение**

Психически больные пожилого возраста могут выйти из болезненного состояния как спонтанно, так и под влиянием терапевтических средств. Ряд авторов отмечают высокую терапевтическую эффективность электросудорожной терапии, особенно при лечении больных с депрессиями. У больных с галлюцинаторно-параноидной формой положительные результаты отмечены после инсулино-шоковой терапии. В последние годы для лечения пресенильных и сенильных психозов широко применяют психотропные средства. Их выбор определяется особенностями психопатологической структуры и нозологической природы заболевания, а также соматическим состоянием больного.

Психотропные средства пожилым больным обычно назначают в значительно меньших дозах на фоне корректоров (циклодол, ромпаркин, амедин, паркопан, норакин), избегая препаратов с побочным миорелаксирующим действием. Дозы увеличивают при строгом контроле за соматическим состоянием больных, особенно за сердечной деятельностью.

Терапия дементных форм у лиц пожилого возраста сводится в основном к поддержанию удовлетворительного физического состояния и устранения психопатологической продуктивной симптоматики с помощью психотропных средств.

Для профилактики психических расстройств у лиц пожилого возраста важно предупреждать соматические и инфекционные заболевания, устранять психотравмирующие обстоятельства. Соматические заболевания пожилые люди воспринимают как проявление своей общей несостоятельности и возрастных изменений, а психические отклонения сами по себе не вызывают таких отрицательных реакций. Перед пожилыми людьми часто встает проблема изменения образа жизни в связи с изменением психического и соматического состояния. В решении этого вопроса помогают психотерапевтические воздействия и меры социальной реабилитации.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

Под влиянием болезненных побуждений больные пресенильным психозом могут совершать опасные действия в отношении как окружающих, так и себя. Больные инво-

люционной меланхолией иногда убивают членов своей семьи и затем совершают самоубийство во избежание мучительной гибели, которая якобы их ожидает. Под влиянием бредовых идей преследования или ревности больные также могут совершать опасные действия против воображаемых преследователей или соперников. Больные, совершающие опасные действия в состоянии глубоких аффективных (тревожно-тоскливые или галлюцинаторно-бредовые состояния) расстройств, невменяемы. Больных пресенильными психозами направляют на судебно-психиатрическую экспертизу в связи не только с их опасными действиями, но и с вопросами гражданского процесса (бракоразводные дела, имущественные сделки, дарственные акты, завещания и т. д.). Больные с глубокими и стойкими расстройствами недееспособны.

Пресенильный психоз может развиваться после начала судебного дела или во время отбывания наказания. В таких случаях экспертные вопросы решаются в зависимости от состояния больных. Больные с аффективными нарушениями и с относительно благоприятным течением заболевания лишь на некоторое время нуждаются в лечении в психиатрической больнице. По выходе из болезненного состояния они могут отбывать наказание.

Больные, у которых заболевание принимает хроническое тяжелое течение, не могут нести ответственность и отбывать наказание. Они в соответствии с ч. 2 ст. 11 или ст. 362 УПК РСФСР направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

Судебно-психиатрическую экспертизу больных сенильными психозами назначают по разным поводам. Больные могут совершать опасные действия в связи со слабоумием, а также по бредовым мотивам. Больной старческим слабоумием может вызвать пожар, забыть выключить газ и т. д. При сексуальной расторможенности такие больные совершают попытки растления малолетних и несовершеннолетних, развратные действия. При бредовых идеях ревности возможны покушения на убийство жены, мужа, воображаемого соперника и т. д.

Часто таких больных направляют на судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами (завещания, дарственные акты, иные сделки). Следует иметь в виду, что соматические и психические признаки старческой дряхлости сами по себе, если нет слабоумия и продуктивной психотической симптоматики, не исключают дееспособности. При старческом психозе в форме как слабоумия, так и выраженных депрессивных, галлюцинаторно-параноидных расстройств больные невменяемы и недееспособны. В случае заболевания старческим психозом во время отбывания наказания эти больные освобождаются от ответственности и в соответствии со ст. 362 УПК РСФСР направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

## ЭНЦЕФАЛИТЫ

Психические расстройства вследствие энцефалита — воспалительного поражения головного мозга, могут возникать первично (эпидемический, весенне-летний, японский и др.) и вторично (так называемые параэнцефалиты) как осложнения общих инфекционных заболеваний.

### Клинические проявления

Энцефалитом наиболее часто осложняются тифы, корь, скарлатина, грипп, ревматизм и др.

Вторичный энцефалит обычно развивается остро, на высоте инфекционного процесса или после падения температуры. Психические расстройства чаще проявляются в форме делирия, сумеречного помрачения сознания, оглушения; могут возникать судорожные припадки. Чаще психические расстройства исчезают после выздоровления от инфекционного заболевания [Дворкина Н. Я., 1975].

Судебному психиатру приходится встречаться обычно с остаточными явлениями острых энцефалитов, которые имеют свои клинические особенности, обусловленные в основном локализацией и выраженностью органических изменений в головном мозге и в меньшей степени связанные с характером инфекции.

После инфекционного энцефалита, перенесенного в раннем детском возрасте, развиваются слабоумие, судорожные припадки, расторможенность и извращение полового влечения, повышение аппетита, достигающее булимии. Больные с психофизическим инфантилизмом после энцефалита отличаются повышенной внушаемостью, детскостью суждений; поведение и трудовую адаптацию у них в значительной степени определяет микросоциальная среда. Часто наблюдаются психопатоподобный синдром, повышенная эмоциональная возбудимость, жестокость, вспышки ярости с разрушительными тенденциями, возникающие по незначительному поводу.

Гипердинамические состояния проявляются суетливостью, двигательным беспокойством, склонностью к бродяжничеству, что наряду с сексуальной расторможенностью и внушаемостью увеличивает общественную опасность больных.

При неврологическом обследовании в резидуальной стадии энцефалита обнаруживают знаки органического поражения головного мозга (анизокория, асимметрия лица, гипергидроз и др.), некоторое повышение давления спинномозговой жидкости, увеличение содержания белка в ней, незначительный цитоз.

На отдаленной стадии энцефалита недостаточность критики, узость интересов, «застревание» на различных конфликтах, по-

вышенное внимание к своему здоровью могут привести к сутяжному или ипохондрическому развитию личности. Определенная динамика, прогрессивность психопатологических расстройств свойственны общим инфекционным заболеваниям с поражением головного мозга, которые протекают в форме приступов (ревматизм, малярия). Эти формы энцефалитов имеют особое значение, так как они вызывают значительные дифференциально-диагностические трудности в связи со сходством с некоторыми формами шизофрении.

Острый ревматический энцефалит сопровождается психотическими расстройствами, похожими на психозы при острых общих инфекционных заболеваниях. Судебно-психиатрическое значение острого ревматического энцефалита невелико. В хронической стадии ревматического энцефалита бывают протрагированные ревматические психозы с преобладанием астено-депрессивных, ипохондрических, параноидных и галлюцинаторно-параноидных состояний [Müller I., 1969]. Может развиваться так называемая симптоматическая эпилепсия, а в детском и юношеском возрасте— хореатический синдром, бывает постепенно нарастающая деменция с ослаблением памяти и развитием псевдопаралитического состояния.

Особое значение для судебно-психиатрической клиники имеют психопатоподобные состояния с резкой эмоциональной возбудимостью, конфликтностью, агрессивностью.

Малярийный энцефалит по существу утратил свое судебно-психиатрическое значение в связи с практически полной ликвидацией малярии на территории Советского Союза. В клинике встречаются преимущественно случаи хронического малярийного энцефалита. Малярийные психозы редко возникают при первых приступах малярии, они более характерны для повторных приступов. Острая стадия малярийного энцефалита сопровождается многообразными психопатологическими расстройствами; условно можно выделить коматозную, эпилептиформную, психотическую и церебральную (с выраженной неврологической симптоматикой) формы. Психотические расстройства проявляются в виде делириозного, галлюцинаторно-бредового состояния, острой спутанности. Малярийным психозам свойственно интермиттирующее течение, что обусловлено приступообразностью инфекции. Малярийный энцефалит имеет относительно благоприятный прогноз, но возможно развитие стойкого слабоумия [Молохов А. Н., 1953]. Из психопатологических расстройств при малярийном энцефалите в судебно-психиатрической практике приходится встречаться с явлениями эмоциональной возбудимости, взрывчатости, способствующими возникновению конфликтов с окружающими и совершению общественно опасных действий.

Эпидемический энцефалит вызывается фильтрующимся вирусом, родственными вирусам сезонных энцефалитов. В настоящее время эпидемический энцефалит встречается в ви-

де спорадических случаев; различают острую и хроническую стадии с резидуальными явлениями и дальнейшими приступами (сдвиги). В острой стадии возможно развитие делирия, онейроида, описаны маниакальное и депрессивное состояния, возникающие как при ясном, так и при помраченном сознании и временами сопровождающиеся галлюцинаторно-бредовыми проявлениями. Психические расстройства в острой стадии эпидемического энцефалита редко приводят больных к общественно опасным поступкам. Хроническая стадия чаще наступает после периода относительного выздоровления, который может длиться несколько лет. При всем разнообразии психических изменений для хронической стадии типичны снижение активности, застойность, однообразие психических процессов, расторможенность сексуального и пищевого влечений, патологическая назойливость больных. В большинстве случаев значительного снижения интеллекта и расстройств памяти не наступает. Повышенная эмоциональная возбудимость, аффективная напряженность могут неожиданно возобладать над моторной заторможенностью и привести больных к совершению внезапных действий, в том числе и агрессивных. Возможны разнообразные длительные сенестопатии, способствующие развитию ипохондрического бреда или бредовых идей физического воздействия. Бредовые идеи у больных все же редки. Как и другие психические расстройства, они бывают застывшими, однообразными, не склонными к дальнейшему развитию. Это отличает их от бредовых идей при шизофрении [Детейгоф Ф. Ф., 1950]. В хронической стадии эпидемического энцефалита могут возникнуть реактивные состояния (чаще истерические и депрессивные) в связи с угнетающей обездвиженностью и беспомощностью больных, а также в результате психических травм (следствие судебно-психиатрической экспертизы и др.). Возможны аггравация и симуляция [Боревская П. И., 1944].

После эпидемического энцефалита, перенесенного в детском возрасте, иногда развивается глубокое слабоумие. Значительно чаще у детей и подростков, перенесших эпидемический энцефалит, наблюдаются психопатоподобные расстройства с двигательной расторможенностью. Для них характерны психопатоподобные состояния с чрезмерной подвижностью; усилением влечений (пищевое, сексуальное), с агрессивностью, жесткостью, крайней навязчивостью, иногда с сочетанием упрямства и повышенной внушаемости. Это делает больных чрезмерно трудными для обслуживания даже в психиатрической больнице.

Помимо эпидемического энцефалита, известен ряд вирусных энцефалитов, возникающих преимущественно в определенное время года и поэтому названных сезонными. Наиболее изучены весенне-летний (клещевой) энцефалит и японский летне-осенний, комариный энцефалит.

Клещевой энцефалит в нашей стране встречается главным образом в таежных районах Дальнего Востока, Сиби-

ри и Урала. Острая стадия клещевого энцефалита сопровождается различными расстройствами сознания (делирий, сумеречные состояния, различные степени оглушения). В хронической стадии могут развиваться галлюцинаторно-параноидные состояния с бредовыми идеями преследования, отравления, зрительными и слуховыми галлюцинациями, наблюдаются депрессивно-параноидные расстройства. Часты эмоциональные нарушения в виде тоскливости и повышенного настроения с расторможенностью, напоминающие циклотимические фазы циркулярного психоза, но отличающиеся от них неврологическими расстройствами, психической истощаемостью, изменениями интеллекта и памяти (психоорганические нарушения). В ряде случаев наблюдается прогрессивное течение с развитием глубокого слабоумия, кожевниковской эпилепсии [Лукомский И. И., 1948].

Японский энцефалит в Советском Союзе встречается в основном на Дальнем Востоке. Острая стадия характеризуется общемозговыми и менингеальными симптомами. Развиваются расстройства сознания, двигательное возбуждение, возможны галлюцинаторно-параноидный, депрессивный, корсаковский синдромы. В периоде выздоровления бывают астенические состояния со склонностью к затяжному течению. Для хронического периода характерно развитие органической деменции. На фоне деменции могут возникать эпизодические галлюцинаторно-бредовые шизофреноподобные состояния, связь которых с перенесенной инфекцией подтверждают данные анамнеза, кратковременность и обратимость психотических расстройств, симптомы органического поражения головного мозга.

### Дифференциальная диагностика

В судебно-психиатрической практике приходится проводить дифференциальную диагностику преимущественно последствий перенесенных первичных и вторичных энцефалитов.

Значительные трудности вызывает дифференциальная диагностика затяжных ревматических психозов с шизофренией. В отличие от последней при ревматическом энцефалите обнаруживается связь психических расстройств с инфекционным процессом, доступность больных речевому продуктивному контакту. Возможно критическое отношение к своему состоянию. Ревматический энцефалит часто сопровождается психической астенией, ипохондрической фиксацией на реальных признаках заболевания. Галлюцинациям и бредовым идеям при энцефалите часто свойственна эпизодичность, конкретность содержания.

Затруднения в дифференциальной диагностике с шизофренией вызывает затяжная малярийная аменция, особенно в безлихорадочный период. В таких случаях отграничение заболеваний определяется не типичным для шизофрении чередованием адинамии или психомоторного возбуждения с делириозными или делириозно-онейроидными расстройствами.

Часто, в основном после параэнцефалитов, наблюдаются психопатоподобные состояния, клинические особенности которых мало связаны с характером инфекции. Постинфекционные психопатоподобные состояния отличаются от психопатий повышенной психической истощаемостью, интеллектуальными расстройствами различной выраженности. Психопатоподобные состояния и без существенных интеллектуальных нарушений обычно сопровождаются сужением круга интересов, затруднением в приобретении знаний.

Психопатоподобные состояния в резидуальной стадии энцефалита, характеризующиеся расторможенностью влечений или адинамией с явлениями астении, требуют дифференцировки с шизофренией со сходной клинической картиной. Дифференциальная диагностика основывается на отсутствии при резидуальных состояниях типичных для шизофрении эмоциональных нарушений и расстройств мышления, сохранности у больных привязанностей и интересов, соответствующих данным анамнеза.

Симптомы летаргического синдрома при эпидемическом энцефалите напоминают повышенную сонливость при опухолях мозга. Их дифференциальная диагностика основывается на данных анамнеза, особенностях неврологического состояния и данных дополнительных методов исследования (анализ спинномозговой жидкости, электроэнцефалография и др.). Патологическая сонливость при эпидемическом энцефалите чаще следует за делириозными или гиперкинетическими расстройствами; сонливость в дальнейшем нередко сменяется упорной бессонницей [Штернберг Э. Я., 1983].

Эпидемический энцефалит в хронической стадии при слабо выраженном паркинсонизме или без него, но с галлюцинаторно-параноидными и бредовыми расстройствами, необходимо дифференцировать с шизофренией с аналогичной психотической симптоматикой. Наряду с характерным для эпидемического энцефалита анамнезом психотические расстройства интенсивнее ночью при нарушениях сна. Бредовые идеи не имеют тенденции к дальнейшему развитию, типичному для шизофрении, обычно связаны с обманами восприятий, отличающимися аффективной насыщенностью. Отграничению гипердинамических форм эпидемического энцефалита от психопатий способствуют данные анамнеза о связи состояния с инфекцией, нестойкость аффективных реакций, психическая истощаемость, особенности психомоторных проявлений (значительные компоненты насильственности).

### Лечение

Лечение энцефалитов индивидуально, сводится к лечению основного заболевания и заключается в соответствующем подборе антибиотиков и других антибактериальных, а также противовирусных средств (идоксуридин).



В острой стадии рекомендуется введение сыворотки реконвалесцента, гипериммунной лошадиной сыворотки (при клещевом энцефалите), глюкокортикоидных гормонов, применяются сердечные средства, транквилизаторы, внутривенное введение изотонического раствора хлорида натрия, тиосульфата натрия. Психические расстройства в периоде реконвалесценции или в хронической стадии требуют более дифференцированной терапии психотропными препаратами. Широко применяют нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, противосудорожные средства, ноотропы, и ГАМКергические вещества, рибонуклеазу, витамины (группы В, С, никотиновая кислота) и др. В хронической стадии эпидемического энцефалита назначают препараты белладонны в комбинации с антигистаминными средствами.

### Судебно-психиатрическая оценка

Судебно-психиатрическое значение острой стадии энцефалитов невелико. У больных с последствиями энцефалитов экспертиза представляет определенные трудности, особенно при незначительных неврологических симптомах и психопатоподобных состояниях.

Небольшое снижение интеллекта и критическое отношение к своему состоянию, сложившейся ситуации, незначительность изменений эмоциональной и волевой сфер, позволяющие управлять своим поведением, определяют заключение о вменяемости таких лиц.

Обследуемый К, 25 лет, обвиняется в хищении овощей из магазина.

В возрасте 3 лет перенес паротит и скарлатину в тяжелой форме, после чего отставал в психическом развитии. Окончил 4 класса вспомогательной школы. В 15 лет в связи с неправильным поведением (систематически угрожал ножом детям, выходящим из школы) был помещен в детское отделение психоневрологической больницы. В возрасте 21 года установлена инвалидность III группы. В 21 год женился; вместе с женой живет у матери. По словам матери, дома груб, нецензурно бранится, легко обижается, раздражается. Систематически употребляет спиртные напитки, не опохмеляется. Во время следствия К подробно рассказал о правонарушении, но утверждал, что совершить кражу его заставил приятель, угрожавший в случае отказа «зарезать».

При обследовании патологии внутренних органов не обнаружено. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

При неврологическом обследовании отмечена слабость конвергенции слева, сглаженность правой носогубной складки. Язык при высывании отклоняется влево.

К ориентирован в окружающем правильно, охотно вступает в беседу. Сведения о себе сообщает достаточно полно, несколько путает даты событий своей жизни, ссылается при этом на плохую память. Когда начинается врачебный обход, демонстративно ложится в постель, заявляет, что у него болит голова, просит назначить ему снотворное, так как плохо спит из-за беспокойства о родных. С другими обследуемыми в меру общителен. Иногда принимал участие в групповых нарушениях режима отделения. На замечания раздражался, грубил, начинал затягивать шею полотенцем, угрожая самоубийством. В последующем просил прощения за свое поведение. Запас зна-

ний в основном ограничен практическими вопросами, в которых проявляет достаточную ориентировку. Суждения несколько поверхностные. Цель направления на судебно-психиатрическую экспертизу понимает, беспокоится о своей судьбе.

Заключение: у К. обнаруживаются остаточные явления паранфекционного энцефалита с психопатоподобным синдромом и некоторой интеллектуальной ограниченностью, психические изменения не столь выражены, чтобы К. не мог отдавать себе отчета в своих действиях и руководить ими; вменяем.

Особую общественную опасность представляют больные с резидуальными состояниями, у которых при незначительном снижении интеллекта возникает столь выраженная расторможенность влечений (в частности, сексуального), приобретающих импульсивный характер, что правонарушитель признается невменяемым, поскольку способность руководить своими действиями отсутствует [Алимов Х. А., 1959]. В большинстве случаев более тяжелые последствия энцефалитов с глубокими интеллектуальными расстройствами сопровождаются и расстройствами влечений в особо грубой, обнаженной форме, что обычно не оставляет сомнений в невменяемости больных. Определенные экспертные трудности возникают при обследовании лиц с часто наблюдающимися после инфекционных заболеваний астеническими состояниями с адинамией, склонных к декомпенсации под влиянием психотравмирующей ситуации. При затяжных и частых декомпенсациях подследственные в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР могут быть направлены на принудительное лечение в психиатрические больницы до выздоровления. Осужденные в таких случаях освобождаются от дальнейшего отбывания наказания в соответствии со ст. 362 УПК РСФСР.

Галлюцинаторно-бредовые и другие психотические состояния, патологическое развитие с глубокими изменениями личности и утратой критики, возникшие в связи с энцефалитами, приводят к невменяемости. Развивающееся при эпидемическом энцефалите глубокое слабоумие безусловно заставляет признать больного невменяемым. Вопрос о дееспособности таких лиц сложен в связи с большим разнообразием остаточных психических изменений.

Критерии дееспособности лиц, перенесших энцефалит, в значительной мере совпадают с критериями вменяемости.

## Глава 16

### НЕЙРОСИФИЛИС

Психические нарушения вследствие сифилитического поражения головного мозга подразделяют на собственно сифилис мозга в различных его проявлениях и прогрессивный паралич. Оба заболевания прогрессивны. Прогрессивный паралич имеет более злокачественное течение и худший прогноз в отношении

жизни, поскольку в нелеченых случаях обычно через 3—4 года приводит к летальному исходу. Большое значение этих заболеваний для психиатрии обусловлено тем, что почти у 10% лиц, заразившихся сифилисом и недостаточно лечившихся, в дальнейшем развиваются явления нейросифилиса.

### Сифилис мозга

Сифилис мозга относится к ранним формам нейросифилиса. Поражаются мозговые оболочки и сосуды мозга, возможно возникновение гumm. Болезнь развивается через несколько месяцев, чаще через 5—6 лет после заражения сифилисом.

**Клинические проявления.** Общепринятой классификации клинических форм сифилиса мозга нет. Существенные особенности выделяемых большинством авторов форм этой болезни отражены в их названиях: неврастеническая, менингеальная, гуммозная, галлюцинаторно-параноидная, эпилептиформная, апоплектиформная, псевдопаралитическая.

Несмотря на многообразие психопатологических расстройств, все формы сифилиса мозга объединяют прогрессивное течение и деградация органического типа. Развивающееся слабоумие близко к дисмнестическому слабоумию, ослабление памяти обычно распространяется на все периоды жизни больного. Индивидуальные особенности личности нивелируются нерезко. Долго сохраняется относительно критическое отношение к своему состоянию. Могут наблюдаться обусловленные специфическим поражением головного мозга стойкие астено-ипохондрические состояния, истерические реакции без существенного интеллектуального дефекта и нарушений памяти, но склонные к временному психогенному усилению в условиях следствия, судебно-психиатрической экспертизы или отбывания наказания. Врожденный сифилис является одной из причин олигофрении: слабоумие различной степени при этом обычно сочетается с судорожными проявлениями и соответствующими соматическими и неврологическими признаками.

**Дифференциальная диагностика.** Для диагностики сифилиса мозга особенно важно тщательное комплексное изучение анамнестических данных, выявление психических, неврологических и соматических нарушений, свойственных сифилитической инфекции. Обязательно проводят серологические реакции на сифилис (кровь и спинномозговая жидкость).

Ряд форм сифилиса мозга необходимо дифференцировать со сходными по клинической картине заболеваниями. Апоплектиформный сифилис мозга отличают от атеросклероза сосудов головного мозга значительное многообразие и меньшая стойкость симптоматики, а также более молодой возраст и благоприятный эффект специфической терапии. Дифференциальная диагностика эпилептиформного сифилиса мозга и эпилепсии основывается главным образом на характерных неврологических расстройствах, особенностях серологических реакций;

обычно эта форма начинается в более старшем возрасте, чем эпилепсия. Сифилитическому псевдопараличу в отличие от прогрессирующего паралича свойственно длительное течение, возможны критическое отношение к себе и ситуации, относительная способность руководить своим поведением. Галлюцинаторно-параноидную форму сифилиса мозга необходимо дифференцировать в основном с шизофренией. Больные сифилисом мозга отличаются от больных шизофренией нередким критическим отношением к своему заболеванию, расстройства интеллекта и памяти у них имеют органический характер и сопровождаются соответствующими неврологическими расстройствами и серологическими реакциями. При сифилисе мозга содержание галлюцинаций обычно влияет на характер бреда, отсутствуют нередкие при шизофрении разорванность речи, аутизм, неадекватность эмоций, манерность, кататонические и гебефренические проявления.

**Лечение.** Для лечения нейросифилиса назначают внутримышечные инъекции пенициллина, препаратов висмута и йода (бийохинол, бисмоверол, йодид калия) в комбинации с пиротерапией (пирогенал, сульфозин и др.). Лечение проводится курсами (6—8 курсов), перерывы между которыми не должны превышать 1—1½ мес. Не рекомендуется применять пенициллин одновременно с препаратами, содержащими йод (бийохинол и др.).

Профилактика нейросифилиса состоит в ранней диагностике и энергичном специфическом лечении больных свежими формами сифилиса.

**Судебно-психиатрическая оценка** состояния больного сифилисом мозга в связи с многообразием и различной выраженностью возможных расстройств психики не может определяться лишь диагнозом. В начальных стадиях сифилиса мозга даже при несущественных психических и неврологических расстройствах, но при специфических изменениях спинномозговой жидкости и крови, несмотря на настойчивое противосифилитическое лечение до этого, обследуемые как совершившие преступление в состоянии вменяемости, но заболевшие душевной болезнью до вынесения судом приговора в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР направляются на лечение в психоневрологическую больницу до выздоровления. После нормализации спинномозговой жидкости и крови, при улучшении психического состояния или без дальнейшего углубления психических нарушений больные признаются вменяемыми; в заключении указывают на необходимость врачебного наблюдения. На судебно-психиатрическую экспертизу направляют преимущественно леченых больных с незначительными психическими расстройствами. Такие больные критически относятся к своему состоянию и сложившейся ситуации, сохраняют профессиональные знания и навыки, вследствие чего вменяемы, а осужденные не освобождаются от дальнейшего отбывания наказания.

Обследуемый Г., 30 лет, столяр, обвиняется в ограблении. Из перенесенных заболеваний указывает на корь, грипп и пневмонию.

В возрасте 27 лет при обследовании в поликлинике была обнаружена положительная реакция Вассермана в крови, в связи с чем был госпитализирован в стационар кожно-венерологического диспансера, где получил курс лечения бийохинолом и был выписан с диагнозом: поздний сифилитический асимптомный менингит. Продолжал работать.

Приблизительно через год заметил у себя раздражительность, забывчивость, ухудшение памяти, периодические головные боли; стал быстро утомляться. Систематически получал специфическое лечение, после чего состояние улучшалось. К психиатру не обращался. Сменил за это время несколько мест работы, стал употреблять спиртные напитки. Правонарушение совершил в возрасте 30 лет; вместе с приятелем поздно вечером отнял у прохожего часы и пиджак. В материалах уголовного дела нет указаний на какие-либо психотические расстройства у Г. в момент совершения правонарушения.

При обследовании обнаружены бледность кожных покровов; питание несколько понижено. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст.

При неврологическом обследовании установлена вялая реакция зрачков на свет; правая носогубная складка сглажена. Язык при высывании слегка отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы справа выше.

В спинномозговой жидкости белка 0,33%, цитоз  $\frac{6}{3}$ . Реакция Нонне — Апельта слабо положительная, реакция Вейхброта отрицательная. Реакция Ланге 1233100000. Реакция Вассермана в крови отрицательная, в спинномозговой жидкости положительная.

Сознание ясное, ориентирован в окружающем правильно. Понимает цель направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Сведения о себе сообщает охотно, последовательно. Отвечая на вопросы, относящиеся к правонарушению, активно защищается, стремится доказать, что в то время был болен и недостаточно осознавал свои действия. В то же время говорит, что он только хотел оказать помощь пьяному, но тут же был задержан. В отделении много времени проводит за чтением художественной литературы. В обращении с персоналом несколько высокомерен, иногда по незначительному поводу бывает раздражителен, груб. Озабочен своей дальнейшей судьбой, интересуется заключением экспертной комиссии. Бреда, галлюцинаций и других психотических расстройств нет. Отмечается незначительное снижение памяти. Критика к своему состоянию и сложившейся ситуации сохранена.

Заключение: у Г. обнаруживается сифилис мозга с незначительными изменениями психики, выражающимися в некоторой эмоциональной неустойчивости и снижении памяти. Глубина указанных изменений психики не настолько выражена, чтобы он не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими; вменяем. Рекомендуются противосифилитическое лечение под наблюдением невропатолога.

Необходимо подчеркнуть, что при сифилисе мозга отрицательный результат серологических реакций не должен влиять на судебно-психиатрическое заключение, так как серологические реакции у больных сифилисом мозга и без терапии могут быть отрицательными. При глубоком слабоумии (апоплектиформный, эпилептиформный сифилис, псевдопаралитическая форма), психотических состояниях (галлюцинаторно-параноидная форма и др.) больные невменяемы. Невменяемость больных определяется глубиной интеллектуальных нарушений или психотическими расстройствами в период совершения общественно опасных деяний.

Если сифилис мозга возникает после совершения правонарушения и имеет злокачественно-прогредиентное течение с быстрым нарастанием психического дефицита, несмотря на своевременно начатое и энергичное лечение, то возникает вопрос о

невозможности правонарушителя как заболевшего душевной болезнью до вынесения судом приговора предстать перед следствием и судом, а осужденного — отбывать наказание. Такие лица в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР и ст. 362 УПК РСФСР направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

В условиях судебно-психиатрической экспертизы на фоне нейросифилиса могут развиваться психогенные реакции, реактивное обострение и усиление имеющихся психических нарушений, что значительно затрудняет оценку глубины и характера психического дефекта. Психогенные реакции у больных сифилисом мозга в основном проявляются в депрессивной, ипохондрической и истерической формах. Больных сифилисом мозга с реактивными состояниями направляют на лечение в психиатрический стационар до выхода из реактивного состояния. В условиях экспертизы у больных возможны аггравация имеющихся психических и неврологических расстройств и симулятивное поведение.

### **Прогрессивный паралич**

Прогрессивный паралич является поздней формой нейросифилиса, возникает в среднем через 10—12 лет после заражения и характеризуется первичным поражением нервной ткани — эктодермы, паренхимы мозга. Заболеваемость мужчин более высока.

**Клинические проявления.** Клиника прогрессивного паралича складывается из нарастания психических и соматических расстройств. Психические нарушения в основном сводятся к прогрессирующему слабоумию, которое с самого начала заболевания сопровождается утратой критики, непониманием тонких социальных взаимоотношений и достигает тяжелой степени.

Паралитическое слабоумие является одним из наиболее стойких симптомов заболевания. Психические нарушения в виде бредовых идей, эмоциональных и двигательных расстройств непостоянны и обычно не преобладают в клинической картине. Слабоумие накладывает определенный отпечаток на всю картину заболевания. В связи со слабоумием бредовые идеи, среди которых преобладают идеи величия, отличаются нелепостью. Характерно благодушно-беззаботное настроение с отсутствием сознания болезни, легкомысленным отношением к сложившейся ситуации, направлению на судебно-психиатрическую экспертизу и др. Заболевание с ранней стадии обычно сопровождается усилением и расторможением сексуального и пищевого влечений, что проявляется в сексуальной распущенности, циничной обнаженности высказываний, прожорливости больных.

Соматические и неврологические нарушения постоянны, появляются довольно рано, обычно нарастают параллельно усилению психических расстройств и имеют большое значение для

диагностики прогрессивного паралича. Раннее и типичное неврологическое расстройство — отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении реакции на аккомодацию и конвергенцию (симптом Аргайла Робертсона). Отмечаются неравномерность зрачков, неправильность их формы и другие неврологические нарушения. В далеко зашедших случаях наблюдаются нарушения тазовой иннервации, апоплектиформные приступы с последующими парезами, параличами, афазией и апраксией. Серологические изменения в крови и спинномозговой жидкости (реакция Вассермана и др.), особенно при нелеченом прогрессивном параличе, постоянны и имеют большое значение для диагностики заболевания. В спинномозговой жидкости умеренно увеличено количество клеточных элементов (20—50 клеток в 1 мм<sup>3</sup>), содержание белка, резко положительны белковые реакции (Нонне — Апелъта, Панди, Вейхбродта), отмечается типичная «паралитическая» реакция Ланге (полное обесцвечивание в первых 4 пробирках).

Прогрессивный паралич проходит несколько этапов с постепенным нарастанием тяжести психических и соматоневрологических расстройств. Выделяют начальный период (начинающийся паралич), период полного развития болезни и заключительный период (паралитический маразм).

В период полного развития болезни можно отчетливо выделить дементную (наиболее частую), экспансивную (классическую), депрессивную, ажитированную и другие формы.

В заключительном периоде болезни становятся менее отчетливыми клинические особенности указанных форм. Симптомы психического и соматического распада достигают наибольшей выраженности.

В связи с успешным лечением в настоящее время болезнь обычно не доходит до третьего периода и не всегда сопровождается глубоким слабоумием.

**Дифференциальная диагностика.** Диагностика и дифференциальная диагностика прогрессивного паралича основываются на комплексном обследовании больного. Наибольшие трудности диагностики возникают в начальной стадии болезни. Начальная стадия прогрессивного паралича, несмотря на «неврастенические» психические расстройства, отличается от неврастения отсутствием у больных сознания болезни. Довольно быстрое нарастание психических и неврологических нарушений наряду с серологическими реакциями подтверждает диагноз прогрессивного паралича.

Сифилис мозга в отличие от прогрессивного паралича имеет менее злокачественное течение, специфическое лечение более эффективно. При прогрессивном параличе реакция Вассермана оказывается положительной при меньшем количестве спинномозговой жидкости, различны результаты реакции Ланге. Для диагностики сифилитического поражения мозга широко используют комплекс специфических реакций — РИБТ (реакция имму-

билизации бледных трепонем) и РИФ (реакция иммунофлюоресценции).

**Лечение.** Лечение (инъекции пенициллина, пирогенных веществ, применение препаратов висмута, йода и др.) увеличивает число ремиссий у заболевших до 60%, причем приблизительно в 15—20% этих случаев наблюдается длительная ремиссия с восстановлением трудоспособности; длительность ремиссии более 2 лет указывает на благоприятный прогноз. Возможность длительных терапевтических ремиссий различной глубины при прогрессиивном параличе усложняет его судебно-психиатрическую оценку.

**Судебно-психиатрическая оценка** состояния нелеченых больных прогрессиивным параличом не вызывает трудностей, особенно когда больной имеет выраженные симптомы болезни и диагноз очевиден. Больные прогрессиивным параличом в этих случаях невменяемы.

Иногда общественно опасное деяние становится первым несомненным проявлением заболевания, поскольку своей нелепостью резко контрастирует с прежним морально-этическим обликом совершившего правонарушение. Уже в начале заболевания расстраивается критика, возникают забывчивость и рассеянность, и больные, не заботясь о каких-либо мерах предосторожности, совершают кражи ненужных им вещей, запускают свои дела, совершают нелепые поступки. Диагностика в начальной стадии прогрессиивного паралича обуславливает невменяемость в связи с тем, что уже на этой стадии нарушена критика и есть другие существенные психические расстройства.

Осужденного с подозрением на прогрессиивный паралич необходимо направить на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. При выявлении прогрессиивного паралича больные освобождаются от дальнейшего отбывания наказания в соответствии со ст. 362 УПК РСФСР.

Большие трудности вызывает судебно-психиатрическая оценка терапевтической ремиссии прогрессиивного паралича. Лица, практически выздоровевшие с восстановлением трудоспособности и санацией спинномозговой жидкости, признаются невменяемыми. Экспертное заключение о невменяемости возможно тогда, когда ремиссия на уровне практического выздоровления длится не менее 4—5 лет [Гордова Т. Н., 1959].

Декомпенсации или психогенные реакции, нередко наступающие у леченых больных в психотравмирующей ситуации (следствие, пребывание на экспертизе), лишают их возможности предстать перед судом и находиться в местах лишения свободы (ч. 2 ст. 11 УК РСФСР).

Решение вопроса о дееспособности больных в состоянии терапевтической ремиссии имеет свои сложности. При глубокой терапевтической ремиссии с восстановлением трудоспособности, достаточной социальной компенсацией вопрос о дееспособности



решается положительно. Больные с восстановлением прежних профессиональных знаний и навыков, но с расстройствами критики, не способные к правильной оценке ситуации, в целом недееспособны.

## Глава 17

### СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

К симптоматическим психозам относятся психические расстройства, возникающие при общих соматических и инфекционных заболеваниях, интоксикациях, нарушениях функций эндокринных желез. В судебно-психиатрической клинике они встречаются относительно редко.

Клинические проявления симптоматических психозов весьма разнообразны. Принято выделять острые и затяжные, или протрагированные, клинические формы.

#### Клинические проявления

**Острые симптоматические психозы** чаще сопровождаются транзиторным помрачением сознания. Острому психотическому состоянию обычно предшествует кратковременный продромальный период с общим недомоганием, гиперестезией, нарушением сна, вялостью или двигательным беспокойством, крайней неустойчивостью аффекта.

Расстройства сознания разнообразны по клиническим проявлениям, глубине и длительности. В судебно-психиатрической клинике наиболее часто встречается делирий или сумеречное помрачение сознания с явлениями эпилептиформного возбуждения.

Наряду с общими психопатологическими признаками острые психозы имеют ряд индивидуальных отличий, которые зависят от характера соматического заболевания, пола, возраста и преморбидных особенностей больного [Гиляровский В. А., 1935; Зиновьев П. М., 1940; Краснушкин Е. К., 1946; Лунц Д. Р., 1948; Давыдовский И. В., Снежневский А. В., 1965, и др].

Делирий наиболее часто наблюдается при соматических (в том числе инфекционных) заболеваниях с выраженной интоксикацией. Наряду с такими характерными для делириозного синдрома расстроенного сознания симптомами, как нарушения восприятия, отрешенность от окружающей действительности, дезориентированность, бессвязность мышления, для инфекционного делирия весьма типичны обильные зрительные сценopodobные иллюзорные и галлюцинаторные переживания, тревога, страх, идеи преследования. Поведение и высказывания больных в значительной степени определяются болезненными переживаниями. В таком состоянии они могут нанести повреждения себе или окружающим.

Сумеречное расстройство сознания, как правило, возникает внезапно, сопровождается резким двигательным эпилептиформным возбуждением, страхом, отдельными галлюцинаторно-бредовыми проявлениями, что может привести к совершению общественно опасных действий. Больные беспокойны, тревожны, кричат, мечутся, на лице выражение ужаса. Психоз длится от 1/2 ч до 1 1/2—2 ч и заканчивается так же внезапно, как и начался. Его сменяет глубокий сон или сопор.

Острые симптоматические психозы при каждом заболевании имеют свои особенности. Делирий описан при сыпном и брюшном тифах [Гиляровский В. А., 1923]. Острые психотические состояния при гриппе, малярии, ревматизме проявляются острым делирием, сумеречным помрачением сознания, эпилептиформным, а также тоскливо-тревожным возбуждением [Гордова Т. Н., 1945; Городкова Т. М., 1959; Шмарьян А. С., 1959, и др.]. При остро развивающейся сердечно-сосудистой недостаточности (инфаркт миокарда, состояние после операции на сердце и др.) могут возникать кратковременные состояния расстроенного сознания — оглушение, делириозные или аментивно-делириозные состояния [Урсова Л. Г., 1969; Ковалев В. В., 1974].

Успехи в лечении многих соматических и инфекционных заболеваний, достигнутые в последние годы, обусловили известную клиническую трансформацию симптоматических психозов, что проявилось в более редком возникновении классических картин экзогенного типа реакций, описанных К. Vonhoefffer (1910) [Малкин П. Ф., 1963; Вангенгейм К. А., 1966, 1967; Приленский Ю. Ф., 1974, и др.]. В настоящее время чаще встречаются своеобразные «сплавы», переходы от одного синдрома к другому, состояния спутанности [Мнухин С. С., 1963; Исачев Д. Н., 1964; Congrad K., 1960; Scheid W., 1960].

Острые симптоматические психозы могут протекать и без помрачения сознания в виде острого вербального галлюциноза. В этих случаях психоз возникает внезапно с появления комментирующих вербальных галлюцинаций на фоне растерянности, тревоги, страха. Иногда галлюцинации бывают императивными. В таком состоянии больные под влиянием голосов могут совершить опасные действия против себя или окружающих.

По выходе из острого симптоматического психоза наблюдаются явления астении, состояния эмоционально-гиперестетической слабости.

**Затяжные (протрагированные) симптоматические психозы.** Неблагоприятно протекающие общие соматические заболевания (в том числе инфекции и интоксикации) могут сопровождаться различными психическими нарушениями. Чаще при соматических заболеваниях развиваются неврозоподобные, особенно астенические, и психопатоподобные расстройства, но нередко на этом фоне возникают и психотические состояния: депрессивные и галлюцинаторно-бредовые психозы, конфабулярные расстрой-

ства, псевдопаралитические проявления, транзиторный корсаковский синдром.

Затяжные симптоматические психозы обычно продолжаются от 2 нед до 2—3 мес и сменяются астенией с повышенной чувствительностью к физическим и психическим вредностям. Наряду с такими исходами в ряде случаев после соматогенных психозов формируется выраженный психоорганический синдром с интеллектуально-мнестическим дефектом или стойкие неврозоподобные или психопатоподобные состояния.

Клинические особенности протрагированных симптоматических психозов в значительной мере определяются характером соматического заболевания, на фоне которого они развиваются, его тяжестью, стадией и длительностью.

Психические нарушения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы проявляются в неустойчивости настроения, склонности к тоскливости, тревоге, физической и психической утомляемости, раздражительной слабости, гиперестезии. Приступы стенокардии иногда сопровождаются тревожно-аффективными расстройствами. После повторных приступов могут развиваться ипохондричность, кардиофобический синдром.

У больных с тяжелыми формами туберкулеза легких бывают затяжные шизофреноподобные психозы с депрессивными и депрессивно-бредовыми картинами.

Обследуемый А, 38 лет, обвиняется в хулиганских действиях и сопротивлении работнику милиции.

Мать болела туберкулезом легких. Учиться начал с 7 лет, окончил 5 классов. В связи с материальными затруднениями рано начал трудовую деятельность, работал разнорабочим, шофером. Служил в армии. После увольнения в запас женился, имеет сына. В 1955 г заболел туберкулезом легких, лечился у фтизиатра. В 1964 г обнаружены каверны в легких и туберкулезный эпидидимит с последующим образованием свищей, по поводу чего лечился в стационаре. В сентябре 1964 г находился на лечении в туберкулезной больнице с диагнозом «туберкулезный менингит». После исчезновения менингеальных симптомов и санации спинномозговой жидкости переведен на санаторное лечение, где в мае впервые развились психотическое состояние с речедвигательным возбуждением, нарушением сознания, галлюцинаторными переживаниями. В связи с этим был госпитализирован в психиатрическую больницу, считал, что находится в аду, вместе с сатаной и Иудой, которые не дают покоя и мучают его; слышал голос бога, бог давал советы, как вести себя. А просил у бога дождя, хорошего урожая, счастья для людей. Критики к своему состоянию не было, считал себя вполне здоровым. После лечения нейролептиками в сочетании с антитуберкулезным лечением и общеукрепляющей терапией выписан домой. После выписки из больницы нигде не работал, имел инвалидность II группы по соматическому заболеванию, помогал дома по хозяйству. В марте 1966 г состояние вновь изменилось: был крайне раздражительным, «всех гнал от себя», «глаза блуждали», методично, с утра до вечера рубил дрова и топил печь. На замечания окружающих, что в доме и так тепло, не реагировал. На 5-й день разрубил платяной шкаф, телевизор и все сжег в печи. Затем, выгнав родных из дома, раздел малолетнего сына и бросил его одежду в огонь. 25.03.66 г внезапно услышал с неба голос бога, который предложил разломать 3 рамки с семейными портретами и сжечь их. К этому времени приехали сотрудники милиции, вызванные родными. А с ножом напал на работника милиции, разрезал на нем шинель, оказал яростное сопротивление. Помещен в психиатрическую

больницу, где дважды становился напряженным, злобным, на вопросы не отвечал, вел себя неловко и в последующем не помнил о своих действиях.

При обследовании психическое состояние неровное: А. то напряженный, злобный, недоступный, то спокойный, необщительный. В спокойном состоянии сообщил анамнестические сведения. В беседе крайняя обстоятельность, застреваемость на несущественных деталях, с большим трудом переключался на другую тему. Лексикон изобиловал уменьшительными и ласкательными словами. О психотических переживаниях рассказывал крайне неохотно, но убежденно, раздражаясь при попытке собеседника корректировать ход его суждений. Сообщил, что в мае 1966 г. впервые услышал «божий голос», с которым разговаривал затем постоянно. Говорил, что «может обо всем просить бога», при этом добавляет, что о «божьих разговорах» рассказывать нельзя, так как это — «божий секрет». Не помнил, что с ним происходило во время первого пребывания в психиатрической больнице, не понимал, почему его помещали в больницу, считал себя практически здоровым, утверждал, что в больнице его не лечили, а пытались отравить, поэтому у него дрожали руки и болела голова. Отрицал неправильное поведение при последнем поступлении в психиатрическую больницу, говорил, что «просто сжег устаревшие вещи, а теперь купит все новое». Критика к своему состоянию и поведению отсутствует.

Заключение: А. страдает психическим заболеванием в форме симптоматического психоза (в связи с остаточными явлениями перенесенного туберкулезного менингита) с галлюцинарно-параноидным синдромом и рецидивирующим течением; невменяем.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта нередко наблюдаются повышенная раздражительность, нарушения сна, эмоциональная неустойчивость, склонность к ипохондричности, канцерофобия.

Заболевания печени сопровождаются психическими расстройствами интоксикационного генеза, могут наблюдаться тоскливость, подавленность, угнетение психических функций, расстройства сна.

Заболевания почек также нередко сопровождаются психическими нарушениями [Коркина М. В. и др., 1976], особенно астеническими расстройствами. При длительном течении развивается психопатоподобная симптоматика. При уремии могут возникать эпилептиформные припадки, делириозно-онейроидные и аментивные состояния.

При злокачественных опухолях наблюдаются выраженные астенические расстройства с аффективной неустойчивостью. Нередко развиваются психогенные депрессии, особенно когда диагноз становится очевидным для больного. Психозы развиваются в случаях нарастания кахексии, иногда после оперативного вмешательства, с весьма характерным синдромом альтернирующего сознания, длящимся от нескольких минут до нескольких часов. Больные производят впечатление загруженных, «ускользающих» или как будто только что проснувшихся и вновь впадающих в дремотное состояние. При мерцающем сознании их психическая жизнь как бы складывается из отдельных не связанных между собой фрагментов, что создает впечатление непонятности, необычности поступков. С утяжелением соматического страдания нарастает длительность приступов нарушенного сознания, углубляются общие психические расстройства.

Эндокринные заболевания также сопровождаются психическими расстройствами; в частности, при нарушениях функции щитовидной железы возникает повышенная возбудимость, аффективная неустойчивость, плаксивость, вспыльчивость. В тяжелых случаях могут развиваться синдромы расстроенного сознания, бред, галлюцинации. Больные микседемой испытывают подавленность, депрессию, иногда делириозное или сумеречное изменение сознания.

В последние годы, как указывается в ряде исследований, у женщин участились различные психические нарушения, связанные с менструальным циклом. В частности, отмечаются шизофреноподобные и маниакальные состояния [Endo M. et al., 1978; Berlin F. S. et. al., 1982; Lammell M., 1984]. В некоторых случаях это может иметь значение для судебно-психиатрической экспертизы.

Психические нарушения могут возникать и при отравлениях некоторыми промышленными и бытовыми химическими веществами. Так, хроническая интоксикация мышьяком, окисью углерода, ртутью, свинцом может сопровождаться психопатоподобным синдромом органического типа с выраженной аффективной лабильностью, иногда эпилептиформными припадками, грубыми расстройствами психики. Возникновение психотического состояния возможно при приеме тех или иных лекарственных препаратов в случае тяжелых соматических заболеваний, у лиц пожилого возраста [Medvecky J., Durindova Z., 1971; Valogh N., 1974; Borison R., 1979; Barnhart C., Bowden C., 1979]; очевидно, тогда можно говорить о сложной этиологии психоза.

Как уже указывалось, судебно-психиатрическое значение симптоматических психозов в целом невелико, определенная роль в этом плане принадлежит ипохондрическим идеям, нередко развивающимся у больных соматическими заболеваниями на основе сенестопатий и парастезий, к которым возникает сверхценное отношение. Астено-депрессивные картины с ипохондрическими опасениями и близкие по содержанию депрессивно-параноидные состояния, когда можно говорить об ипохондрических бредовых идеях, могут обусловить общественно опасные действия. В одних случаях это агрессивные акты в отношении медицинских работников, которые, по мнению больных, «неправильно их лечат», в других — склонность к патологическим обвинениям близких в плохом уходе, стремлении «избавиться» от больного, и, наконец, иногда возможны так называемые расширенные самоубийства.

**Послеродовые (пуэрперальные) психозы** представляют собой сборную группу, в которую входят эндогенные заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), спровоцированные беременностью и родами, и собственно симптоматические психозы, возникшие в связи с соматоэндокринными пертурбациями в организме и послеродовыми септическими

процессами. Послеродовые психозы возникают остро и сравнительно кратковременны. Психопатологическая симптоматика мерцает и зависит от соматического состояния.

Преобладание инфекционно-аутоотоксических факторов в этиологии собственно послеродового психоза обуславливает состояние помраченного сознания с аментивными и аментивно-делириозными картинами. Психоз у соматически ослабленной больной при воздействии тяжелых и длительных стрессовых факторов может выражаться в различных вариантах депрессивного синдрома [Доброгаева М. С., Печерникова Т. П., 1972]. У лиц с некоторыми преморбидными особенностями, в частности с шизоидными чертами характера, нередко возникают шизофреноподобные картины, в структуре которых наблюдаются эпизоды помрачения сознания. Такие состояния и затяжное течение послеродового психоза заставляют проводить дифференциальную диагностику с шизофренией. В отличие от шизофрении собственно послеродовой психоз доброкачественный и имеет соматопсихические корреляции. Возникновение психоза в неосложненном послеродовом периоде больше свидетельствует в пользу эндогенного заболевания. Общественно опасные действия, совершаемые больными с послеродовым психозом, выражаются главным образом в убийстве новорожденных или нанесении им тяжелых телесных повреждений. Больные с депрессивными состояниями могут совершать так называемые расширенные самоубийства.

Обследуемая М., 21 года, обвиняется в убийстве своего месячного ребенка.

Родилась в крестьянской семье, в близнецовой паре Сестра-близнец умерла через год после рождения. Обследуемая рано лишилась матери; с раннего детства воспитывалась мачехой, которая относилась к ней очень плохо, держала впроголодь, не заботилась, избивала. М. росла слабой, отставала от сверстников в физическом развитии. В 4 года после жестоких побоев мачехи все лето пролежала в больнице, в связи с чем мачеха была привлечена к уголовной ответственности. Вскоре отец вновь женился, но и вторая мачеха также плохо относилась к М. Школу М. начала посещать с 9 лет, училась удовлетворительно, не отставала от сверстников, но много времени отнимал уход за ребенком мачехи. После окончания 7-го класса М. некоторое время работала няней в детском саду. В это время окончила 8 классов. Затем начала работать на заводе, через год вышла замуж. Взаимоотношения с мужем были теплыми, дружескими, он был заботливым и внимательным. Однако супруги не имели своей жилплощади, жили в разных общежитиях. Вскоре после вступления в брак обследуемая забеременела. Первое время муж высказывал мысль об аборте, но М. не соглашалась, несмотря на трудные бытовые условия. В дальнейшем разговора об этом между ними не было, оба хотели и ждали ребенка. Беременность протекала тяжело, с выраженной интоксикацией, в связи с чем М. 2 нед находилась на лечении в родильном доме. После срочных родов доношенной девочкой испытывала сильное недомогание, слабость, стала тревожной и плаксивой. К моменту выписки из родильного дома начался мастит, в связи с чем она выписана из родильного дома позже обычного за 1½ нед до правонарушения. На второй день после возвращения с ребенком в общежитие М. стала чувствовать, что с ней что-то происходит, появились рассеянность, забывчивость, повышенная утомляемость, бессонница. Последующие дни плохо ела, настроение было пониженным. Стала думать, что она «ничтожная», «никчем-

ная», «недостойная жизни». Припомнила все прежние разговоры с мужем и знакомыми, выискивала в них оскорбительные слова, замечания, часто плакала. Замечала, что окружающие ее ненавидят, смеются над ней, перемигиваются; любые замечания, шутки, смех воспринимала как оскорбление и издевательство. С этого времени все более упорно стали возникать мысли о самоубийстве. Временами пыталась анализировать происходящее и не понимала, что с ней творится.

20.05.65 г. решили отпраздновать рождение дочери. Накануне М. сказала мужу: «Нас завтра не увидишь», но он не придавал этому значения и принял ее высказывание за шутку. Ночь он провел у себя в общежитии. В ночь с 19 на 20.05. М. почти не спала; в каком-то забытии ей померещилось, что давно умершая мать зовет ее к себе. М. решила поехать к ней на могилу и там умереть. Утром 20.05 М. написала мужу письмо, в котором несколько раз подчеркнула, что она плохой, никчемный человек, испортила мужу жизнь. Этим она объясняла свое намерение покончить жизнь самоубийством. Однако письмо она никуда не отправила и в общежитии не оставила, а взяла с собой. В 8 ч утра, покормив девочку, завернула ее в два одеяла и вышла из общежития. В тот день чувствовала себя «как в тумане». Доехала до автостанции, купила билет до города, где была похоронена мать. Ввиду бездорожья автобус вскоре остановился, и М. продолжала путь пешком. Начался мелкий дождь, она свернула в лес, пыталась накормить ребенка, но девочка не взяла грудь. М. решила выйти на дорогу, но заблудилась. Девочка заплакала, М. легла на землю, накормила дочь, но что было дальше не помнит: «Уснула или потеряла сознание». Когда пришла в себя, то девочка была «белой» и не дышала. Поняла, что убила ребенка. М. распеленала дочь, засунула ее под платье и легла на землю. Иногда приходила в себя и думала, что нужно пойти в милицию и сообщить о случившемся. В таком состоянии она пробыла 3 дня. Ослабленная и голодная М. 23.05. набрела на поселок. Когда она узнала у прохожих, какой сегодня день, очень удивилась, поняв, как долго была в лесу. На окружающих М. произвела странное впечатление. Увидев у нее в руках одеяльце, ее спросили, где ребенок. Она оттянула воротник и окружающие увидели, что ребенок прижат к ее телу и от него исходит запах разложения. После задержания М. была направлена в психиатрическую больницу, где была депрессивна, подавлена, слезлива. Во время беседы застревала на деталях, быстро истощалась. Считала, что заслуживает «самого страшного наказания». Полагала, что была «дикой, ненормальной». В последние дни в больнице состояние ухудшилось: слышала голос отца, считала, что все смеются над ней, с презрением смотрят на нее. Говорила, что она больна — «стала совсем не такой» и т. д.

При обследовании отклонений внутренних органов от нормы не отмечалось. Знаков органического поражения ЦНС не выявлялось. Наблюдались явления вегетативной лабильности. Охотно вступает в беседу. Держится естественно, просто. Настроение сниженное, часто плачет. На вопросы отвечает по существу, но многословно. Часто затрудняется в разделении главного и второстепенного, путается в деталях, быстро истощается. Жалуется на головную боль, слабость, плохой сон. Себя психически больной не считает. При расспросах о правонарушении старается удержаться от слез, вспоминает массу незначительных подробностей, но своего состояния в то время последовательно описать не может. Сообщает, что в последние дни перед правонарушением была убеждена, что «недостойна жизни», «хотела покончить с собой», но муж все время был с ней. Эти мысли то появлялись, то исчезали, но каждый раз становились все настойчивее. С трудом сосредоточивалась, плакала, почти ничего не ела. Замечала, что все окружающие старались показать презрение к ней, смеялись, переглядывались. О времени, проведенном в лесу, сохранились отрывочные воспоминания. Периодически не понимала, где она находится, не знала времени суток. Настроение часто колеблется, но в основном остается сниженным. Сложившуюся ситуацию в настоящее время оценивает недостаточно полно.

Заключение: М. в период, относящийся к инкриминируемому ей деянию, была в состоянии болезненного расстройства психической деятельности в форме послеродового психоза [депрессивно-параноидный вариант], невменяема

## Дифференциальная диагностика

При дифференциальной диагностике симптоматических психозов необходимо учитывать наличие (или отсутствие) соматического заболевания, временную связь его динамики с динамикой психических нарушений. Острые симптоматические психозы прежде всего необходимо отграничивать от алкогольного делирия. В этом случае основное значение приобретают алкогольный анамнез, симптомы абстиненции, а также особенности клинических проявлений: начало обычно в вечернее или ночное время, выраженные вегетативные расстройства. Кроме того, для дифференциальной диагностики имеет значение более длительное течение алкогольного психоза по сравнению с соматогенным делирием.

Иногда острый симптоматический психоз протекает с шизофреноподобной симптоматикой, что требует отграничения от шизофрении. В этом случае одним из наиболее значимых признаков является наличие или отсутствие нарушений сознания. Для симптоматических психозов характерны сочетания параноидных и галлюцинаторно-параноидных расстройств с психосенсорными нарушениями: расстройства сна и сноподобные состояния, гипнагогические и стереогностические галлюцинации. Редко встречающиеся кататонические проявления выступают на фоне оглушения, аменции и т. д. Острому симптоматическому психозу, как правило, предшествует резкое нарушение гомеостаза организма вследствие соматической патологии (инфаркт миокарда, пневмония, оперативное вмешательство, тяжелое инфекционное заболевание).

Чаще диагностические затруднения возникают при отграничении затяжных симптоматических психозов от других форм психических заболеваний: приступов шизофрении, фаз маниакально-депрессивного психоза. В таких случаях необходимо оценивать роль соматогении как фактора, провоцирующего эндогенное заболевание или играющего этиологическую роль. Как правило, решающее значение при этом имеет динамическое наблюдение за больным. Амнестический симптомокомплекс, периоды помраченного сознания могут свидетельствовать о соматогенной природе психотических проявлений. Определенное место занимает ранее установленный диагноз шизофрении или маниакально-депрессивного психоза.

В судебно-психиатрической практике может потребоваться нозологическая квалификация послеродового психоза. При отграничении соматогенного психоза от шизофрении важно учитывать соматопсихические корреляции, преобладание эндоморфных (шизофреноподобных) и аффективных расстройств. Помрачение сознания при шизофрении обычно менее продолжительно, нет мерцания сознания. Однако при шизофрении, дебютирующей после родов, также возможны острота симптоматики, те или иные нарушения сознания, астенический фон.



В таких случаях основное дифференциально-диагностическое значение приобретает динамическое наблюдение. О реактивном психозе (преимущественно в форме истерической депрессии), возникающем иногда после родов, могут свидетельствовать суженное, а не помраченное сознание, яркие аффективно окрашенные переживания, отражающие психотравмирующую ситуацию, элементы театральности в поведении наряду с явлениями астении.

В последние десятилетия симптоматика психопатологических синдромов стала более полиморфной, с усилением ипохондрической направленности сверхценных и бредовых идей, ранней сменой психотических синдромов тяжелыми астеническими и астено-депрессивными состояниями, что может создавать дополнительные сложности дифференциальной диагностики [Трифонов Б. А., 1979].

### Лечение

При лечении симптоматических психозов основным остается устранение этиологического фактора. В случаях инфекционного, интоксикационного генеза заболевания необходимы активные дезинтоксикационные меры: внутривенное введение плазмозаменяющих жидкостей, гемодеза, полидеза, глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия, витаминов. Одновременно используются и дегидратирующие средства, что предотвращает отек мозга.

При интоксикационных психозах, в том числе последствиях различных отравлений, назначают детоксицирующие препараты (унитиол, тиосульфат натрия), при необходимости делают промывания желудка.

Во всех случаях симптоматических психозов показаны сердечные и общеукрепляющие средства, обильное питье.

Острые симптоматические психозы (в частности, делирий) требуют применения нейролептиков — аминазина, левомепромазина и других с учетом противопоказаний, обусловленных основным заболеванием. При остром состоянии, нарушенном сознании эти препараты применяют парентерально в сочетании с транквилизаторами. Некоторые авторы рекомендуют внутримышечные инъекции димедрола. Соматически ослабленным больным показано более широкое использование транквилизаторов (седуксен, элениум, феназепам). Нарастание тяжести психоза требует увеличения доз препаратов. После купирования психотических расстройств терапия должна быть направлена на профилактику рецидива — продолжение дезинтоксикационных мер, небольшие дозы нейролептиков, транквилизаторов.

При затяжном симптоматическом психозе наряду с отмеченными выше дезинтоксикационными мерами назначают лечение с учетом особенностей синдромальной структуры психопатологического состояния.

Так, в случаях галлюцинаторно-параноидного синдрома сначала можно применять «малые» нейролептики, а при необходимости более сильные — аминазин, трифтазин с корректором (циклодол, паркопан и др.).

При наличии в структуре симптоматического психоза депрессивной симптоматики используются антидепрессанты в последовательности от более мягких к более сильным (трициклическим).

Церебральная недостаточность обуславливает дополнение терапии ноотропами.

Больные симптоматическими психозами, особенно острыми, нуждаются в тщательном наблюдении, так как могут представлять опасность для себя и окружающих.

### Судебно-психиатрическая оценка

Судебно-психиатрическая оценка симптоматических психозов требует индивидуального подхода с учетом тяжести и глубины расстройств психики в каждом отдельном случае.

Нарушения в форме астенического или психопатоподобного синдрома непсихотические и не влекут экскульпации. Признавая такого обследуемого вменяемым, эксперты должны отразить в заключении эти состояния психики и обратить на них внимание суда как на патологические особенности, не исключающие вменяемости. Лица, совершившие общественно опасные действия в состоянии как острого, так и затяжного психоза, признаются невменяемыми. У лиц с длительными хроническими соматическими заболеваниями, совершивших правонарушение, в психотравмирующих условиях (суд, следствие, отбывание наказания) или при присоединении других дополнительных вредных факторов возможно постепенное развитие затяжного соматогенного психоза. Это требует направления на принудительное лечение в психиатрическую больницу до выздоровления последнего или досрочного освобождения от отбывания наказания осужденного. Вменяемость исключается при временных экзацербациях с психотической симптоматикой, если правонарушение совершено в таком состоянии. Если указанные психические нарушения возникают после совершения противоправного деяния, то они лишь временно лишают обследуемого возможности предстать перед следствием и судом. Судебно-психиатрическая оценка в случае развития психоорганического синдрома строго индивидуальна и определяется глубиной и выраженностью интеллектуально-мнестических расстройств, стойкостью этих нарушений.

В гражданском процессе лица с затяжными симптоматическими психозами или глубоким последующим психическим снижением не могут понимать значения своих действий или руководить ими и, следовательно, недееспособны. Заключенные ими сделки, завещания и другие юридические акты могут быть

признаны недействительными. Однако в связи с тем, что в период психотического состояния трудно установить прогноз заболевания, целесообразна отсрочка окончательного заключения о дееспособности — недееспособности до окончания лечения. Весьма сложным может оказаться вопрос о действительности сделок, совершенных больными с тяжелыми интоксикациями при злокачественных новообразованиях или других тяжелых соматических заболеваниях. Глубокая астения и мерцающее сознание при этих расстройствах нарушают способность больных правильно оценивать окружающую действительность, лишают их возможности понимать значение своих действий и руководить ими. Решая в подобных случаях экспертный вопрос, врач должен стремиться к возможно более тщательному установлению структуры психопатологического синдрома и особенностей поведения лица к моменту совершения сделки.

## Глава 18

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения, является одной из наиболее частых и сложных. Эксперт должен определить, в состоянии какого алкогольного опьянения — простого, не исключающего вменяемости, или патологического, исключающего вменяемость, совершено правонарушение. Необходимо правильно представлять клиническое содержание обоих понятий, знать их диагностические критерии.

#### Простое алкогольное опьянение

Понятие «простое алкогольное опьянение» применяют в судебно-психиатрической практике. Им пользуются в основном судебные психиатры для отграничения его от временных расстройств психической деятельности, нередко возникающих на фоне опьянения. Динамика простого алкогольного опьянения такова: в начальном периоде (легкая степень) на короткое время повышается восприимчивость к внешним впечатлениям при склонности к поверхностным ассоциациям по сходству и смежности. С ослаблением тормозящего влияния высших отделов центральной нервной системы облегчаются двигательные импульсы, усиливается жестикуляция, растормаживаются влечения. Настроение у опьяневших часто меняется, усилившаяся аффективность легко приводит к конфликтам, агрессии. Снижаются способность к осмысливанию окружающего и кри-

тика. Повышенное настроение, беспечность, благодушие нередко под влиянием безобидных замечаний окружающих сменяются вспыльчивостью, раздражительностью, злобностью.

Для средней степени алкогольного опьянения характерно снижение яркости представлений, отчетливости восприятия окружающего, стройности и цельности мыслительного процесса. Ассоциативная деятельность замедляется, становится поверхностной и беспорядочной. Речь опьяневшего определяется случайными мотивами, становится монотонной, меняется ее ритм, замедляется темп, появляются персеверации. Вследствие снижения сознательного, критического отношения к поведению окружающих и собственной личности опьяневшие нередко совершают неадекватные действия. Возникшие желания, мысли могут легко реализоваться в импульсивные агрессивные акты в отношении окружающих. В результате действия алкоголя на организм заостряются или обнажаются индивидуальные характерологические особенности. В этой стадии опьянения легко всплывают давние психотравмирующие переживания, обиды. Они сравнительно легко приводят к скандалам, дракам, дебошам.

С усилением опьянения до оглушенности (тяжелая степень опьянения) координация движений нарушается, походка становится неуверенной, спотыкающейся, неуклюжей, выражение лица — застывшим, взгляд — блуждающим, безразличным. Резко ухудшается ориентировка в месте и времени. Появляются вестибулярные расстройства (головокружение, тошнота, рвота и т. п.).

Иногда возникает иллюзорное толкование окружающей действительности, нарушается оценка величины предметов, расстояния между ними и т. п. Ослабляется сердечная деятельность, снижаются артериальное давление, температура, нарастает физическая слабость, утрачивается интерес к окружающему. Опьяневший выглядит сонливым и вскоре засыпает наркотическим сном, порой в самых неподходящих местах. В ряде случаев во время сна бывают непроизвольное мочеиспускание и дефекация, судороги.

После глубокого сна, которым обычно заканчивается тяжелое опьянение, реальные события во время опьянения у большинства людей, как правило, сохраняются в памяти. Иногда воспоминания бывают отрывочными, возможно и полное забывание.

В практике экспертизы встречаются атипичные состояния простого опьянения с истерическими явлениями (фантазирование, вымыслы, самооговоры и т. п.), элементами самопоустытельства, преувеличения, озорства, сознательной распушенности, развязности и т. п. Незначительные ссоры, обидное слово, неудачная реплика, невыполненное желание оказываются достаточным поводом для опасных агрессивных действий опьяневшего, которые тут же реализуются. Способность отдавать

себе отчет в своих действиях и руководить ими сохраняется, иногда лишь ослабляясь.

Эксперт-психиатр должен помнить, что при диагностике состояния опьянения необходимо исходить из всей клинической картины опьянения. Обстоятельства, не связанные с клинической структурой и психотическими проявлениями, могут лишь косвенным образом подтвердить диагноз этого состояния или причины его возникновения.

### Патологическое опьянение

Патологическое опьянение — сумеречное помрачение сознания различной структуры, относится к группе острых кратковременных психотических расстройств.

Краткие исторические сведения. R. Krafft-Ebing (1869) различал 3 вида патологического опьянения: помрачение сознания с бредом, похожее на эпилептическое возбуждение с галлюцинаторным бредом и скоропреходящее неистовство. В дальнейшем правильность его наблюдений была подтверждена.

В начале XX века клинику алкогольного опьянения, в частности патологического, в Германии изучали H. Gudden (1900), K. Heillbronner (1901), K. Vonhoeffler (1906), позже K. Birnbaum (1935), во Франции — A. Porot (1928), R. Benon (1936).

P. Gagnier (1890) выделял ажитированно-моторную, сенсорную и бредовую формы патологического опьянения. Не видя принципиальной разницы между клиникой патологического и простого опьянения, одни психиатры предлагали отказаться от экспертизы опьянения [Birnbaum K., 1935], другие — не высказываться в отношении «нормальных» опьянений [Heillbronner K., 1901; Sgamer A. 1903], третьи предлагали вообще не признавать опьяневших вменяемыми [Maueg H., 1927].

Ведущие отечественные психиатры, исследовавшие клинику опьянения, с самого начала шли самостоятельным путем, сужая границы патологического опьянения и устанавливая его качественное отличие от простого алкогольного опьянения. В клинической характеристике болезненного опьянения они придерживались только одного термина — «патологическое опьянение» и в центр диагностики этого состояния ставили в первую очередь психопатологические расстройства.

В. П. Сербский (1900) и С. С. Корсаков (1901) рассматривали патологическое опьянение как кратковременное, острое расстройство психической деятельности с глубоким помрачением сознания, болезненной симптоматикой в виде бредовых и галлюцинаторных симптомов и следующим из этого неправильным поведением.

В генезе патологического опьянения С. С. Корсаков (1901) и В. П. Сербский (1912) придавали определенное значение наличию болезненной почвы, в частности эпилепсии, психопатии, хронического алкоголизма и т. п. Подобные взгляды на происхождение патологического опьянения отличаются от современных, но психопатологическая симптоматика, понимаемая как патологическое опьянение, общепризнана.

Сотрудники Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского [Введенский И. Н., 1947, 1955; Затуловский М. И., 1955; Бунеев А. Н., 1955; Луниц Д. Р., 1957; Фрейеров О. Е., 1961; Калашник Я. М., 1961, и др.], изучавшие клинику опьянения, более четко определили психопатологические особенности патологического опьянения, подчеркнув его качественное отличие от различных вариантов простого алкогольного опьянения, подробно описали клинику форм патологического опьянения, установили надежные дифференциальные критерии.

И. Н. Введенский (1947) выделил две формы патологического опьянения — эпилептоидную и параноидную, или галлюцинаторно-параноидную.

Эпилептоидную форму патологического опьянения он подразделял на два варианта: ажитированно-моторную с глубоким расстройством сознания, резким психомоторным возбуждением, беспорядочной агрессией; сумеречно-автоматическую с сумеречным расстройством сознания, автоматическими действиями, напоминающими действия при эпилептическом сумеречном состоянии.

М. И. Затуловский (1947) патологическое опьянение характеризовал как «острое аффективно-бредовое сумеречное состояние» и подчеркивал, что оно имеет лишь незначительные психопатологические и клинические варианты. Он выступал против расширенного толкования патологического опьянения, доказывал неправомерность выделения так называемой психогенной [Vignbaum K., 1935], маниакальной [Binder H., 1935, Benon R., 1936], астенической [Benon R., 1939], ажитированной [Garnier P., 1890; Levi-Valensi H., 1939] форм патологического опьянения, так как клиническая симптоматика, рассматриваемая авторами в рамках указанных форм, не специфична для патологического опьянения, а характерна для выраженного простого алкогольного опьянения. М. И. Затуловский (1947) выделял два варианта патологического опьянения. К первому варианту он относил случаи, где «невозможно обнаружить какие-либо психотические переживания и продуктивные патологические образования». Здесь преобладают бесцельные моторные разряды, насильственные и разрушительные действия. Ко второму варианту патологического опьянения М. И. Затуловский (1947) относил случаи, где отмечаются главным образом психотические симптомы, патологическая дезориентировка в окружающем и появление ненормальных побуждений и влечений. Внешние моторные проявления при этом менее выражены, относительно скудны и однообразны. Деликты случайны и обусловлены обычно конфликтами и столкновениями, вызванными поведением человека с неясным сознанием, психотическими восприятиями и толкованием окружающего.

Психотические симптомы, позволяющие отграничить патологическое опьянение от простого алкогольного опьянения, по диагностической значимости М. И. Затуловский делил на 3 группы. признаки, специфические только для патологического опьянения (характерный внешний вид, бредовые высказывания, стереотипии и др.); признаки простого опьянения, как правило, отсутствующие при патологическом опьянении (эйфория, суетливость, раздражительность, гневливость и др.); признаки, встречающиеся как при простом, так и при патологическом опьянении (сон, амнезия).

Советские психиатры рассматривают патологическое опьянение как острое психотическое состояние, возникающее на фоне алкогольной интоксикации, со своеобразной болезненной симптоматикой, качественно не имеющей ничего общего с клиническими проявлениями простого алкогольного опьянения.

**Клинические проявления.** При патологическом опьянении внезапно наступает резкое изменение сознания, подобно сумеречному, качественно отличающееся от «затуманенного» сознания или оглушенности при обычном опьянении. Находящийся в патологическом опьянении болезненно воспринимает окружающую действительность, внешняя обстановка становится для него угрожающей. Это сопровождается растерянностью, тревогой, страхом, достигающим иногда безотчетного ужаса. В состоянии патологического опьянения возможны оживление прошлых опасных ситуаций, патологическое воспроизведение ряда событий из ранее прочитанных книг и перенесение этого в воображаемую действительность. В этих случаях обычно сохраняется способность осуществлять довольно сложные целенаправленные действия, пользоваться транспортом, правильно находить дорогу и т. п. Однако чаще всего субъект, находящийся-

ся в состоянии измененного сознания, патологически дезориентирован, не способен к речевому общению с окружающими, всегда действует один, никакие совместные действия в этих случаях невозможны. Речевая продукция при патологическом опьянении чрезвычайно скудна, а если она есть, то всегда отражает тематику болезненных расстройств. В этом состоянии человек обычно не реагирует ни на какие реальные раздражители, не отвечает на вопросы, его внимание не удается привлечь.

При патологическом опьянении нередко сохраняется способность к некоторому синтезу психических явлений, к связыванию отдельных восприятий с известной их систематизацией. Выраженность и систематизированность психотических нарушений при патологическом опьянении у различных лиц неодинаковы. Некоторые из них ярко, живо и подробно рассказывают о пережитом в состоянии патологического опьянения, но чаще болезненная психотическая продукция отрывочна, неясна, нестойка, хотя, судя по внешним проявлениям, она есть всегда. Особенности внешности, необычная, странная манера себя держать в этом состоянии также могут свидетельствовать о галлюцинаторно-бредовых расстройствах.

Совершаемые в патологическом опьянении поступки не являются следствием реальных мотивов и действительных обстоятельств и вместе с тем редко представляют собой хаотические беспорядочные действия. В основе таких поступков всегда лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. Насильственные действия имеют особый, защитный для субъекта характер, они обычно направлены на устранение вообразимой опасности.

При патологическом опьянении, как правило, мало затрагиваются нервно-психические механизмы, регулирующие сложные автоматизированные навыки, равновесие и действия, связанные с моторными процессами. Все это нередко способствует совершению необычайно ловких, сложных и быстрых движений, направленных на реализацию болезненных побуждений.

Заканчивается патологическое опьянение обычно так же внезапно, как и начинается. Иногда оно переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или остается смутное воспоминание о пережитом. Клинически наиболее оправдано выделять две формы патологического опьянения: параноидную, или галлюцинаторно-параноидную, и эпилептоидную.

Типичная картина параноидной, или галлюцинаторно-параноидной, формы патологического опьянения сводится к сумеречному помрачению сознания с внезапным, без предвестников, возникновением бреда, утратой контакта с реальной действительностью, психомоторным возбуждением, аффектами страха, гнева, бессмысленными стереотипными и импульсивными двигательными разрядами. Возникшие галлюцинаторно-бредовые расстройства, как правило, бывают устра-

шающими. Переживаемые аффекты субъект стремится реализовать в двигательных реакциях. Агрессивные действия при патологическом опьянении отличаются большой разрушительной силой, внезапностью, жестокостью.

Находясь во власти устрашающих болезненных представлений, субъект может совершать ряд сложных и упорядоченных действий, вступать в контакт с окружающими, задавать вопросы, предупреждать об опасности. Однако речь такого лица обычно бывает отрывочной, в виде отдельных слов, фраз, всегда лаконичных, имеет форму приказаний, угроз и всем своим содержанием отражает болезненно искаженное восприятие действительности.

Обследуемый П., 30 лет, шофер, обвиняется в убийстве гр. К.

В детстве развивался правильно, ничем не болел. В возрасте 25 лет перенес ушиб головы. Спиртные напитки начал употреблять с 20 лет, выпивал до 2 раз в неделю. В состоянии опьянения становился общительным, повышалась настроение.

Сообщил, что в 12 ч выпил 250 г водки, через 2 ч в доме отца выпил еще 250 г водки, кроме того, пил пиво; затем пошел домой. О дальнейшем своем поведении ничего не помнит. «Пришел в себя» в отделении милиции.

Из материалов уголовного дела известно, что П. после распития водки в доме отца заснул. Через 15—20 мин он проснулся, «вытарачил» глаза и закричал. «Шпионы, бандиты, нас убивают, спасите». В одних трусах побежал по улице и громко повторял «Довели.. убивают.. где правду найти... спасите». Подбежав к гаражу, потребовал от сторожа завести машину и «неестественно» кричал «Я.. я.. убьют». На отказ сторожа завести машину ударил его железным прутом, пытался плечом выкатить машину из гаража. Два свидетеля этих событий сообщили о происшествии в милицию.

Прибывшие работники милиции увидели на полу у стены труп сторожа. Положив голову на труп, крепко спал П., одетый в одни трусы. Через 40 мин он проснулся и на вопрос, где находится, ответил: «На своем рабочем месте». Был растерян, оглядывался по сторонам.

Судебно-психиатрическая экспертная комиссия областной психиатрической больницы вопрос о психическом состоянии и вменяемости П. в момент правонарушения не решила.

При обследовании в Институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского соматических и неврологических отклонений от нормы не выявлено.

Доступен контакту, правильно ориентирован. Отрывочно вспоминает, что «проснулся» на земле, увидел работников милиции, решил, что с кем-то подрался. О подробностях содеянного узнал в отделении милиции.

В момент правонарушения у П. неожиданно возникло двигательное возбуждение, речевая продукция свидетельствовала об искаженном восприятии окружающего с внешне целенаправленными действиями, терминальным сном на месте преступления и последующим полным забыванием совершенного.

Стереотипность высказываний, обращение за помощью к окружающим свидетельствуют о том, что П. переживал в то время опасную для жизни ситуацию. Переживаемая болезненная ситуация вызвала у него аффект страха, гнева, интенсивное двигательное возбуждение. Речевая продукция П. была следствием галлюцинаторно-бредовых расстройств. Эти высказывания комиссия оценила как бредовые; в совокупности с другими клиническими данными они свидетельствуют о сумеречном расстройстве сознания. Состояние патологического опьянения подтверждается особенностями и обстоятельствами правонарушения. Безмотивность и жестокость содеянного при всей их относительной диагностической ценности в данном случае также свидетельствуют в пользу патологического опьянения.

В сочетании с другими симптомами амнезия у П. не вызывает сомнений в истинности. Совокупность всех клинических симптомов позволяет расце-



нить психическое состояние обследуемого в момент правонарушения как сумеречное расстройство сознания.

Заключение: П. совершил правонарушение в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического опьянения (параноидная форма); невменяем.

Клиническая картина патологического опьянения эпилептоидной формы сводится к сумеречному помрачению сознания с внезапным резким двигательным возбуждением, нарушением ориентировки и контакта с реальной действительностью, подозрительностью, злобностью, настороженностью, аффектами страха, гнева и т. п. Двигательное возбуждение в таких состояниях обычно проявляется в чрезвычайно интенсивных, бессмысленных, хаотических агрессивных разрядах, которые совершаются с невероятной жестокостью, злобностью, нередко достигают степени автоматизмов и стереотипных действий.

Двигательное возбуждение, агрессивные действия определяются аффектами страха, гнева, они оторваны от действительности, их интенсивность не зависит от каких-либо моментов реальной обстановки. Находящийся в сумеречном состоянии обычно не убегает, а со злобой и яростью нападает на мнимых врагов. Во время агрессивных действий, как правило, отсутствует речевая продукция, редко бывает невнятное бормотание, иногда — крик. Двигательное возбуждение, агрессивные действия при этой форме патологического опьянения чаще всего внезапно обрываются, переходя в состояние физической расслабленности, малоподвижности с последующим сном и полной амнезией содеянного.

Обследуемый Л., 33 лет, обвиняется в убийстве гр Б

В детстве рос и развивался правильно. Окончил 7 классов, затем работал. Спиртные напитки начал употреблять с 25 лет. В состоянии опьянения всегда был придиричивым, беспокойным, часто «заводил скандалы».

Сообщил, что в 19 ч выпил 250 г тройного одеколона и пошел на дежурство. Через час с товарищем выпил еще 250 г одеколона. Что делал дальше, не помнит, «очнулся» связанным в машине по пути в отделение милиции.

Из материалов уголовного дела известно, что спустя 2 ч после потребления 500 г тройного одеколона Л. неожиданно схватил ружье и, стреляя, стал бегать по охраняемой территории. Выражение лица у него было «разъяренным, диким», бегал он «ровно, не шатался». Л. неоднократно стрелял внутрь охраняемых зданий, на крики окружающих не обращал внимания. В дальнейшем Л. забежал в одно из зданий и открыл бесцельную стрельбу, во время которой убил Б. При этом Л. прятался, выкрикивал: «Где они... у... у... у...» После удара по голове Л. упал на землю, не сопротивляясь, что-то бормотал.

Судебно-психиатрическая экспертная комиссия областной психиатрической больницы признала Л. вменяемым (диагноз: простое алкогольное опьянение). В связи с сомнением в правильности этого заключения следственные органы направили Л. на повторное освидетельствование.

При обследовании в Институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в физическом и неврологическом состоянии отклонений от нормы не выявлено. Л. доступен контакту, обеспокоен исходом судебного процесса. Психотических симптомов нет. Ссылается на полное запоминание совершенного. Критически оценивает создавшуюся ситуацию.

О патологическом опьянении свидетельствует почти полное отсутствие речевой продукции, погруженность в узкий круг болезненных переживаний, защитно-оборонительный характер агрессивных действий обследуемого. Двигательное возбуждение у Л. не закончилось критически сном из-за травмы головы. Такое обстоятельство не может в данном случае говорить против патологического опьянения. Амнезия в совокупности с другими симптомами подтверждает сумеречное расстройство сознания у Л. в момент правонарушения.

Заключение: у Л. в момент совершения правонарушения отмечалось временное болезненное расстройство психической деятельности в форме патологического опьянения (эпилептоидная форма); невменяем.

В диагностике патологического опьянения важнее установить не запоминание событий, а то, что сохранилось в памяти обследуемого, какие болезненные переживания он помнит. В таких случаях воспоминаниям следует доверять в той степени, в какой они согласуются с объективными данными.

Существенное значение для диагностики патологического опьянения имеет поведение обследуемого после правонарушения. Лица, находящиеся в простом алкогольном опьянении, при задержании обычно сопротивляются, вступают в конфликт с работниками милиции, продолжают дебоширить и т. д. Подобного никогда не бывает у перенесшего патологическое опьянение. При задержании такие лица равнодушны к случившемуся, их спокойствие не соответствует обстановке. Иногда они напряженно, испуганно озираются по сторонам, стараются вспомнить что-то, вздрагивают при обращении к ним. Отмечаются общая физическая слабость, резкое утомление.

### **Дифференциальная диагностика**

Отграничение параноидной формы патологического опьянения от простого алкогольного опьянения должно основываться не только на отсутствии острого, внезапного начала и окончания психомоторного и аффективного возбуждения при простом опьянении, но и на признаках сумеречного помрачения сознания, свойственного патологическому опьянению (страх, гнев, автоматизированное поведение, двигательные разряды, определенная речевая продукция и т. п.).

Нередко обследуемые в состоянии простого опьянения в момент агрессии выкрикивают отдельные слова («шпион», «фашист», «война») и отрывочные фразы («вы окружены», «сегодня опасно»). Рассмотренные изолированно, оторванно от всей клинической картины опьянения высказывания могут наводить на мысль о бредовых расстройствах или обманах восприятия.

Эти высказывания сочетаются с обычным пьяным возбуждением, употребляются опьяневшими в качестве оскорблений и угроз. Высказывания имеют определенную динамику, отражают внешнее воздействие, сочетаются с другими физическими и психическими признакам простого алкогольного опьянения. Можно предположить связь между этими высказываниями и иллюзор-

ными обманами, возможными в состоянии тяжелого простого алкогольного опьянения у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

Отграничение патологического опьянения эпилептоидной формы от внешне сходных выраженных вариантов простого алкогольного опьянения должно основываться на симптомах сумеречного помрачения сознания (искаженность восприятия, сохранность моторики, автоматизмы, аффекты ужаса, страха и т. д.).

Имея ряд сходных черт с двигательным возбуждением при патологическом опьянении (интенсивность, острота возбуждения, склонность к моторным разрядам, разрушительным, немотивированным, жестоким действиям и пр.), двигательное возбуждение при простом опьянении не исчерпывает клиническую картину в целом. Его длительность зависит от реальных обстоятельств, оно доступно внешнему воздействию. Кажущееся однообразие, однотипность моторных разрядов не достигают степени автоматических, стереотипных действий, присущих эпилептоидной форме патологического опьянения.

Бессвязная речевая продукция при простом опьянении в ряде случаев может создать впечатление галлюцинаций или бреда, свойственных сумеречным состояниям. Однако в основе психических эквивалентов, как правило, лежит сумеречное состояние различной глубины и продолжительности с дезориентировкой в окружающем, извращенным восприятием реальности, устрашающими зрительными и слуховыми галлюцинациями. Психические эквиваленты имеют неожиданное начало и внезапное окончание. Искаженно-бредовое восприятие реальной действительности определяет внезапность, немотивированность, бессмысленность агрессивных разрядов (чаще неожиданное нападение на случайных лиц, реже — защита от мнимых врагов).

Однообразные агрессивные действия на высоте двигательного возбуждения могут внешне напоминать стереотипию или двигательный автоматизм, характерные для эпилептоидного возбуждения. Однако при простом алкогольном опьянении они имеют другое происхождение и качество, являются результатом предшествующего аффективного и двигательного возбуждения, злобности, мстительности, связаны с реальной ситуацией, зависят от реальной обстановки.

Двигательное возбуждение при патологическом опьянении выступает на передний план, является следствием сумеречного помрачения сознания, окрашено патологическими аффектами в виде страха, гнева. Иногда необходимо отграничить патологическое опьянение от abortивных алкогольных психозов (острый алкогольный паранойд, острый галлюциноз, abortивные формы белой горячки), нередко возникающих на фоне опьянения.

При патологическом опьянении нет достаточно типичных для abortивных делириозных состояний симптомов: подвижных

зрительных галлюцинаций, характерного изменения сознания, своеобразного расстройства аффекта (сочетание эйфории с тревогой) и соответствующих самотовегетативных расстройств.

### Вопросы этиологии и патогенеза

Патологическое опьянение возникает обычно в результате воздействия на организм, помимо алкоголя, временно ослабляющих вредных факторов: переутомления, недосыпания, перегревания, астенических состояний после перенесенных заболеваний и т. п. Однако понятие «временно ослабляющие организм факторы», как и понятие «болезненная почва», этиологически неопределенно и расплывчато. Не отрицая известного значения указанных факторов, его не следует и преувеличивать.

Прежнее мнение, что патологическое опьянение возникает главным образом у эмоционально неустойчивых людей (у психопатических личностей), у больных эпилепсией, у лиц с олигофренией различной тяжести, не подтверждается клиническими исследованиями. Изучение большого числа случаев патологического опьянения показывает, что оно обычно развивается у лиц с органическими изменениями головного мозга, преимущественно с последствиями его травматического поражения.

Неправильно было бы считать, что патологическое опьянение возникает от определенного количества выпитого алкоголя. Патологический характер опьянения определяется не количеством алкоголя, а воздействием на организм ряда отрицательных внешних и внутренних факторов, совпадающим с опьянением. Патологическое опьянение обычно развивается спустя некоторое время после приема алкоголя и независимо от его количества продолжается довольно короткое время. Из-за своей скоротечности оно почти никогда не бывает предметом врачебного наблюдения. Клинические проявления патологического опьянения психиатрам почти всегда приходится восстанавливать ретроспективно на основании свидетельских показаний в материалах уголовных дел.

### Судебно-психиатрическая оценка

Возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими сохранена и дает право законодателю исключить простое алкогольное опьянение из числа психотических расстройств, обуславливающих невменяемость, ввести в Уголовный кодекс ст. 12, подчеркивающую, что лицо, совершившее преступление в состоянии простого алкогольного опьянения, не освобождается от уголовной ответственности.

Повышенная общественная опасность лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения, обусловила принятие Закона СССР от 11.07.69 г., на основании которого перечень отягчающих обстоятельств, содержащийся в ст. 39 УК РСФСР,

дополнен п. 10 «Совершение преступления лицом, находящимся в состоянии опьянения»<sup>1</sup>. Ранее аналогичная норма содержалась в ст. 12 Указа Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении ответственности за хулиганство» от 26.07.66 г.

Поскольку врач, как правило, не является свидетелем состояния патологического опьянения, умело собранные следователем данные о психическом состоянии обследуемого в момент правонарушения дают возможность экспертам вынести соответствующее заключение.

Детальный, плановый опрос свидетелей позволяет выяснить не только обстоятельства и характер правонарушения, но и ряд особенностей поведения обследуемого как до совершения правонарушения (резкое изменение поведения, странные поступки, отношение к окружающим и т. п.), так и во время (сохранение речевого контакта, содержание высказываний и т. п.) и после него (выход из болезненного состояния, реакция на задержание, на содеянное и т. п.).

Только правильно собранный и подготовленный судебно-следственными органами материал для судебно-психиатрической экспертизы обеспечит правильность диагностики и экспертных выводов.

Если невозможно получить дополнительные материалы о психическом состоянии обследуемого в момент правонарушения, то экспертизу необходимо переносить в судебное заседание. В судебном заседании эксперты могут провести квалифицированный психиатрический опрос свидетелей и обследуемого, тем самым воссоздать картину правонарушения, динамику событий и вынести соответствующее заключение.

Патологическое опьянение представляет собой острый, быстро протекающий психоз, ему дается и соответствующая судебно-психиатрическая оценка — обследуемые признаются невменяемыми в соответствии со ст. 11 УК РСФСР как находившиеся в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности.

К лицам, совершившим правонарушение в состоянии кратковременных расстройств психической деятельности и признанным невменяемыми, необходимо применять меры медицинского характера, если для этого имеются соответствующие показания (например, временное заострение постоянно присущих им нервно-психических аномалий и др.).

Иногда этих лиц можно направлять под наблюдение районного психиатра по месту жительства. Если у перенесшего патологическое опьянение или другое кратковременное расстройство психической деятельности обнаружены органические изменения центральной нервной системы или хронический алкоголизм, то целесообразно проводить специальное лечение в психиатрической больнице.

---

<sup>1</sup> Ведомости Верховного Совета СССР, 1969, № 29, с. 249.

**АЛКОГОЛИЗМ И АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ**

Алкоголизм — прогрессирующее заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость), развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях — стойкими самотоневрологическими расстройствами и психической деградацией. Алкоголизм всегда сопровождается многообразными социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для общества.

Алкоголизм является не только медицинской, но прежде всего социальной проблемой. Алкоголизм формируется постепенно, вырастая из эпизодического употребления алкоголя. В отличие от медицинских последствий алкоголизма, возникающих в большинстве случаев вслед за достаточно продолжительным злоупотреблением спиртными напитками, многие социальные последствия могут формироваться уже на его ранних этапах. Это связано прежде всего с психотропным действием алкоголя и вызываемым им опьянением.

Социальные последствия алкоголизма весьма разнообразны. К ним, в частности, относится возрастающая частота дорожно-транспортных происшествий. Эта проблема становится все острее в связи с тем, что с каждым годом в экономически развитых странах увеличивается не только насыщенность транспортными средствами, но и число непрофессиональных водителей. По данным N. Kessel, H. Walton (1967), в Англии в каждом 4 из 5 автодорожных происшествий причиной является алкогольное опьянение водителя или пешехода. В США из 28 000 случаев смерти вследствие автомобильных аварий  $\frac{2}{3}$  приходится на лиц, злоупотребляющих спиртными напитками [Chafetz, 1973].

Алкоголизм тесно связан с правонарушениями. Так, С. Непманн (1969) при обследовании заключенных установил, что 40% рецидивистов-правонарушителей судились в прошлом за преступление в пьяном виде более 6 раз. В США более  $\frac{1}{3}$  всех арестов приходится на инциденты в общественных местах, совершаемые нетрезвыми лицами [Plaut F. A., 1967].

**Клинические проявления алкоголизма**

В основу современных отечественных классификаций алкоголизма положен клинико-динамический принцип. В нашей стране принята классификация, выделяющая 3 стадии заболевания [Стрельчук И. В., 1973].

Перечень клинических проявлений алкоголизма, имеющих в момент обследования, зависит в первую очередь от этапа заболевания. Одни симптомы отсутствуют в I стадии алко-

лизма и появляются лишь во II или даже III стадии, другие «сквозные» присутствуют во всех стадиях, но их проявление заметно зависит от тяжести алкоголизма, что позволяет выделять их клинические варианты.

Однако индивидуальные особенности больного также накладывают отпечаток на клиническую картину алкоголизма. У больных с одной и той же стадией алкоголизма клиническая картина заболевания не будет однотипной. Эти вариации определяются различиями прогрессивности алкоголизма, формой злоупотребления алкоголем и другими важнейшими характеристиками алкоголизма, зависящими в свою очередь от возраста, в котором сформировался алкоголизм, преморбидных личностных особенностей, сопутствующих соматических заболеваний, вида употребляемых спиртных напитков и других факторов.

**Первая стадия.** В I стадии заболевания наблюдаются следующие важнейшие симптомы алкоголизма: первичное патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, рост толерантности к алкоголю и алкогольные амнезии. С диагностической точки зрения более значимым критерием является первичное влечение и менее значимыми — утрата количественного контроля, повышение толерантности к алкоголю, алкогольные амнезии.

В результате различной выраженности этих 3 симптомов клиническая картина может заметно варьировать.

Первая стадия алкоголизма в половине случаев формируется до 25 лет, большинство остальных наблюдений касается лиц 25—35 лет, и лишь у незначительного числа больных формирование заболевания приходится на более поздний возраст. Продолжительность I стадии чаще от 1 года до 6 лет (И. В. Стрельчук, 1966; А. К. Качаев, 1971; А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1973, и др.).

Первичное патологическое влечение к алкоголю в I стадии алкоголизма проявляется в наиболее легкой, ситуационно обусловленной форме. В этих случаях «тяга» к спиртным напиткам возникает лишь в ситуациях, по традиции связанных с возможностью выпить: различные семейные события; ситуации, имеющие отношение к профессиональной деятельности; жизненные эпизоды индивидуального значения и т. п. Внешние проявления влечения — инициатива в подготовке к выпивке, оживленное обсуждение предстоящего события, действия, предусматривающие устранение возможного препятствия. Возникают положительные эмоции, связанные с воспоминаниями о предшествовавших выпивках. Больные испытывают подъем настроения, выглядят оживленными, легко отвлекаются от обстоятельств, не имеющих отношения к организации застолья. Появление препятствий, мешающих реализации влечения, приводит к раздражению и неудовлетворенности.

Снижение количественного контроля проявляется тем, что вслед за потреблением малых количеств спиртных напитков и

легким опьянением возникает желание продолжить выпивку. Это влечет за собой среднетяжелое и даже тяжелое опьянение. Внешним проявлением патологического влечения могут служить такие признаки, как «торопливость с очередным тостом», «опережение круга», стремление обязательно выпить весь приобретенный алкоголь, неразборчивое отношение к виду спиртных напитков и т. п.

Вместе с тем в I стадии заболевания еще сохраняется способность ограничиться легким опьянением, особенно при отрицательном отношении присутствующих к неумеренному употреблению алкоголя или если на следующий день предстоит какое-либо ответственное дело.

Нарастающая толерантность к алкоголю проявляется в том, что первоначально употребляемое количество алкоголя уже не вызывает прежнего опьянения. Для его достижения количество алкоголя постепенно увеличивается в несколько раз (в среднем в 2—3 раза) по сравнению с ранее используемым. Нарастающая толерантность часто сопровождается исчезновением защитного рвотного рефлекса, который существовал до этого времени, несмотря на употребление значительных количеств алкоголя и появление средних и тяжелых степеней опьянения. Возможна смена алкогольного напитка — переход от излюбленных напитков с низким содержанием алкоголя к любимым, без разбора, крепким спиртным напиткам.

Наркотические амнезии, возможные в I стадии, представляют собой забывание событий, происшедших в финале предшествующего алкогольного эксцесса. Амнезии возникают эпизодически, только при употреблении максимально переносимых количеств алкоголя, вызывающих тяжелое опьянение.

**Вторая стадия.** Наблюдавшиеся в I стадии алкоголизма симптомы: первичное патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, нарастающая толерантность к алкоголю, амнезии опьянения — утяжеляются во II стадии и проявляются в виде иных клинических вариантов, отражающих более отдаленный этап заболевания. Появляются и новые виды расстройств. Из них в первую очередь необходимо отметить абстинентный синдром, признанный большинством отечественных авторов главным критерием формирования II стадии. Кроме того, развиваются измененные картины опьянения, запой или постоянная форма злоупотребления алкоголем, заостряются преморбидные личностные особенности.

Во II стадии возможны большие различия в клинической картине заболевания. В первые годы после развития II стадии наблюдаются более легкие варианты описанных основных симптомов, при переходе в III стадию — более тяжелые. Поскольку в пределах одной и той же II стадии может наблюдаться весьма различная клиническая динамика отдельных симптомов, иногда специально для квалификации тяжести заболевания выделяют I и I—II, II и II—III стадии алкоголизма.



Данные о возрасте, в котором формируется II стадия, и ее продолжительности скудны. А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973) считают, что формирование II стадии в большинстве случаев приходится на 25—35 лет. Длительность II стадии приблизительно в 60% случаев менее 10 лет; у другой части больных она составляет от 10 до 15 лет.

Первичное патологическое влечение к алкоголю во II стадии алкоголизма проявляется более интенсивно, чем в I, возникает не только в связи с событиями, которые по традиции отмечаются выпивкой, но и спонтанно. Больные скорее сами находят мотивировки для алкогольных эксцессов, чем подстраиваются под соответствующие ситуации. Можно выделить два варианта первичного патологического влечения к алкоголю во II стадии: при первом варианте влечение возникает с борьбой мотивов (пить или не пить), при втором такой борьбы нет.

При первом варианте влечение к спиртным напиткам ощущается или осознается со всей определенностью. Особенно это выражено тогда, когда желание выпить противоречит социально-этическим моментам и его реализация может иметь те или иные отрицательные последствия. В этих случаях мысли о выпивке начинают занимать главенствующее положение, мешая выполнению повседневных обязанностей. Отчетливо сознается необычность состояния. Нередко больные, борясь со своим влечением к алкоголю, принимают самые различные меры для предотвращения выпивки: стараются не попадаться на глаза собутыльникам, обходят стороной магазины, в которых обычно покупают спиртные напитки, и совершают другие аналогичные поступки.

При втором варианте возникновение патологического влечения к алкоголю не осознается. Реализацию влечения больные оправдывают различными привходящими моментами, создающими повод для употребления алкоголя: невозможностью «подвести» собутыльников, огорчениями дома или на работе и т. п. Несмотря на проявляемую больными инициативу и большую настойчивость в реализации влечения, социально-этические моменты все же способны в отдельных случаях предотвратить алкогольный эксцесс.

Утрата количественного контроля характеризуется тем, что прием определенного количества алкоголя, индивидуального в каждом конкретном случае, вызывает неодолимое влечение продолжить выпивку. Такая доза называется «критической». Достижение среднетяжелого и тяжелого опьянения в этих случаях является правилом. Имевшие значение прежде этические и социальные моменты уже не могут служить особым препятствием. Ими или пренебрегают, или стремятся их обойти — продолжают пить в иных условиях, например в новых компаниях или в одиночку, в том числе тайно.

Толерантность при формировании II стадии продолжает расти описанным выше образом, при развернутой II стадии до-

стигает максимума и на протяжении ряда лет остается постоянной. Для достижения опьянения больные употребляют наибольшие количества преимущественно одних и тех же спиртных напитков, обычно крепких. Наибольшие количества употребляются как одномоментно, так и на протяжении всего дня.

Опьянение во II стадии алкоголизма включает в себя в отличие от I стадии не только измененную толерантность и амнезии, но и измененные картины опьянения.

Изменение картины опьянения проявляется в сокращении периода эйфории в опьянении и появлении психопатоподобных расстройств, из которых наиболее характерны эксплозивность и истерические формы поведения.

При опьянении с эксплозивностью после непродолжительного периода эйфории по ничтожному поводу возникают раздражение, недовольство и даже гнев с соответствующим изменением поведения и высказываний. Такие состояния чаще непродолжительны, быстро сменяются относительным успокоением, значительно реже возбудимость сочетается с аффективной вязкостью.

При преобладании истерической симптоматики отмечаются наигранный аффект, склонность к громким фразам и декламации, содержание которых может сводиться к несправедливым обидам, с резким переходом от одной крайности к другой (самовосхваление сменяется самообвинением и т. п.).

Алкогольные амнезии становятся систематическими и принимают вид так называемых палимпсестов: запоминание касается отдельных эпизодов значительной части периода опьянения.

Абстинентный синдром во II стадии становится новым видом клинических проявлений алкоголизма. По мере прогрессирования заболевания во II стадии абстинентный синдром может утяжеляться. Если сначала он исчерпывается вегетативными расстройствами, то далее в его структуре возникают соматические и психопатологические симптомы. Преобладание тех или иных из них создает «параллельные» клинические варианты.

Абстинентный синдром с вегетативно-астеническими (инициальными) расстройствами возникает не во всех случаях, а лишь после наиболее тяжелых однократных алкогольных эксцессов или после нескольких дней непрерывного пьянства. Обнаруживаются потливость, тахикардия, сухость во рту, снижение аппетита. Может быть нерезкая астения. Сопутствующее хроническое соматическое заболевание обычно усиливает симптомы абстиненции. Опохмеляются часто во второй половине дня и к вечеру. Желание опохмелиться вообще может быть преодолено, прежде всего в связи с привходящими обстоятельствами социально-этического характера. Продолжительность расстройств не превышает суток.

Абстинентные состояния с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами возникают, как правило, после

многодневного злоупотребления алкоголем. Вегетативные симптомы: гиперемия, одутловатость лица, инъекция склер, тахикардия с возможной экстрасистолией, неприятные и болевые ощущения в области сердца, перепады артериального давления, чаще в сторону гипертензии, тяжесть в голове и головная боль, потливость, зябкость сочетаются с выраженными диспепсическими расстройствами: анорексией, тошнотой, поносами и запорами, тяжестью или болью в подложечной области. Из неврологических симптомов типичен крупноразмашистый тремор пальцев рук, конечностей вплоть до генерализованного тремора, сходного с дрожью при ознобе. Бывает неточность движений с нарушениями походки, повышение и неравномерность сухожильных рефлексов. Больные постоянно жалуются на расстройства сна, слабость и разбитость. В период абстиненции обостряются желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и иные заболевания безотносительно к тому, вызваны ли они самим алкоголизмом или другой причиной. Могут наблюдаться все перечисленные симптомы абстиненции или преобладает лишь какая-нибудь одна их группа. Опохмеляются больные и во второй половине дня, и в утренние часы. Социально-этические нормы не могут препятствовать опохмелению. Продолжительность большинства расстройств достигает 2—5 сут.

Абстинентный синдром с психическими расстройствами характеризуется в первую очередь тревожно-параноидной установкой — пониженно-тревожным аффектом с пугливостью, чувством напряжения, неопределенными и конкретными опасениями, например, за свое здоровье, непоседливостью, самоупреками, сенситивными идеями отношения (окружающие замечают последствия пьянства, осуждающе или насмешливо смотрят). В других случаях на первый план выступает подавленное настроение с чувством тоски, безысходности, болевыми ощущениями в груди — предсердечная тоска. Могут возникать суточные колебания аффекта с ухудшениями состояния в первую половину дня. Суицидальные мысли являются правилом. Подавленное настроение может сопровождаться не только идеями виновности, но и раздражением с неприязнью к окружающим. Выраженная угнетенность встречается чаще там, где перед запоем наблюдалось снижение настроения. Расстройства сна сопровождаются кошмарными сновидениями, чувством проваливания, ощущениями быстрого движения, акустическими феноменами, частыми пробуждениями в страхе. Вегетативно-соматические расстройства отступают на второй план. Опохмеляются больные постоянно, в самое различное время суток. Продолжительность расстройств 2—5 сут.

Форма злоупотребления алкоголем может быть разной: у части больных отмечается определенная тенденция либо к периодическому, либо к постоянному пьянству. В первом случае после формирования алкоголизма частые однократные выпивки сменяются псевдозапоями, которые при приближении III ста-

дии переходят в истинные запои. Во втором случае после формирования II стадии в течение всего заболевания форма злоупотребления алкоголем постоянная, переход в III стадию определяется по другим критериям, в первую очередь по снижению толерантности. Возможно и изменение формы злоупотребления алкоголем.

Псевдозапой — периоды ежедневного пьянства, продолжительность которых у одного и того же больного колеблется от нескольких дней до нескольких недель. Интервалы между алкогольными эксцессами различаются еще больше. Начало эксцесса связано обычно с внешними причинами (дни зарплаты, индивидуально значимые события, предвыходные дни — «алкоголизм конца недели»). Окончание эксцесса также связано с внешними моментами — отсутствием средств для приобретения спиртных напитков, внутрисемейными и иными конфликтами, хотя возможность продолжить пьянство и потребность в алкоголе сохраняются.

Постоянная форма злоупотребления алкоголем во II стадии алкоголизма сочетается с высокой толерантностью к спиртным напиткам. Алкоголь в больших количествах употребляется ежедневно на протяжении значительных отрезков времени — от нескольких недель до нескольких месяцев и лет. Наибольшее количество алкоголя приходится на вторую половину дня или вечер. Перерывы непродолжительны.

При перемежающейся форме (сочетание постоянного злоупотребления с псевдозапойми) на фоне постоянного многодневного или многомесячного пьянства периодически на протяжении нескольких дней больной потребляет максимальные для себя количества спиртного.

Изменения личности начинают проявляться именно во II стадии алкоголизма в виде заострения преморбидных личностных особенностей. Однако среди личностных особенностей возможно появление отдельных черт, связанных уже непосредственно с алкоголизмом. К ним могут относиться усиление эмоциональных проявлений, их лабильность, огрубение и появление возбудимости, недостаточно критическое отношение к своему пьянству при сохранности общей критики; отдельные морально-этические дефекты. Эти особенности, однако, не достигают степени алкогольной деградации и обратимы при наступлении ремиссий.

Социальные последствия алкоголизма варьируют от мало заметных до глубоких, с выраженной дезадаптацией. Нарушения семейных отношений зависят от клинических особенностей алкоголизма и требований к больному со стороны членов семьи. Одинаково часто наблюдаются как случаи сохранения семейных отношений, несмотря на постоянные ссоры, так и случаи расторжения брака. Тяжесть производственной дезадаптации колеблется от снижения качества работы, задержки в продвижении по службе, мелких административно-общественных взы-

сканий до вынужденной смены места работы, понижения в должности, деквалификации.

Соматические последствия алкоголизма чаще имеют вид преходящих функциональных состояний (имеются в виду расстройства, выходящие за рамки абстинентного синдрома). После периодов наиболее интенсивного злоупотребления алкоголем могут наблюдаться кардиопатия, жировая дистрофия печени, гастрит. Однако после прекращения злоупотребления алкоголем и соответствующего лечения эти нарушения обычно подвергаются обратному развитию.

**Третья стадия.** В III стадии клинические проявления алкоголизма утяжеляются. По данным А. А. Портнова, И. Н. Пятницкой (1973), 68% обследованных ими больных с III стадией были моложе 45 лет; старше 50 лет были единичные больные.

Первичное патологическое влечение к алкоголю может сохраняться у части больных в виде описанного при II стадии более тяжелого (второго) варианта, не сопровождающегося борьбой мотивов. У некоторых больных этот симптом претерпевает дальнейшую динамику и влечение к алкоголю становится неодолимым, возникает спонтанно и сразу же приводит к немедленному употреблению алкоголя, что позволяет сравнивать его с такими физиологическими потребностями, как голод или жажда. При возникновении влечения к алкоголю больные могут пренебрегать любыми профессионально-этическими условиями.

Утрата количественного контроля сопровождается утратой ситуационного контроля. Любое, даже незначительное количество, которое может и не вызвать отчетливых признаков опьянения, влечет за собой неодолимое влечение к алкоголю со стремлением добыть его любыми средствами, в том числе и нарушающими нормы общественного поведения (долги, продажа вещей, жестокость к близким, явные противоправные действия). Больной пьет или в одиночку, или в компании случайных лиц, зачастую в самых неподходящих местах.

Третья стадия алкоголизма характеризуется снижением толерантности к алкоголю, изменением картины опьянения с преобладанием эпилептоидных форм поведения или оглушения, а также тотальными амнезиями.

Снижение толерантности к алкоголю проявляется в том, что больной пьянеет уже от меньших количеств алкоголя, но общее суточное количество может еще какое-то время оставаться на том же уровне. При выраженном снижении толерантности в последующем уменьшается и разовое, и суточное количество употребляемого алкоголя. Возможен переход от крепких спиртных напитков к напиткам с низким содержанием алкоголя, чаще к крепленым винам.

Изменяется картина опьянения. Появляются формы опьянения с преобладанием эпилептоидных особенностей поведения. Они характеризуются вязким дисфорическим аффектом с придирчивостью, раздражением, недовольством, угрюмой напря-

женностью, доходящими до выраженной злобы. Часто возникают агрессивные действия, направленные в первую очередь против близких. Отмечается сохранность моторики, часто бывает неусидчивость. Больные долго не могут заснуть, сон наступает от дополнительных приемов алкоголя.

В других случаях в картине опьянения преобладает оглушение. Больные пассивны, вялы, сонливы, безразличны к происходящему вокруг. На вопросы обычно они отвечают не сразу, после сильного побуждения. Грубая ориентировка, как правило, сохранена, больные способны выполнять простые действия, но тонкая ориентировка нарушена, утрачивается возможность совершать сложные целенаправленные поступки.

Тотальные алкогольные амнезии в отличие от палимпсестов касаются не отдельных событий, а большей части или всего периода опьянения и возникают при употреблении сравнительно небольших доз алкоголя.

Абстинентный синдром в III стадии развернутый, описанные выше физические и психические расстройства сосуществуют. Первые доминируют и определяются сложным комплексом вегетативных, соматических и неврологических симптомов. Из психических нарушений наиболее постоянна тревожно-параноидная установка. Развернутый абстинентный синдром длится более 5 дней.

Возможно развитие абстинентного синдрома с судорожным компонентом, когда развернутые и, реже, abortивные судорожные припадки возникают преимущественно при прекращении пьянства и в первые дни абстиненции.

Злоупотребление алкоголем при переходе из II в III стадию может быть перемежающимся, как при II стадии. В части случаев возникают истинные запои; для других наблюдений характерно сохранение постоянного, но более тяжелого злоупотребления алкоголем.

Истинным запоем обычно предшествует интенсивное влечение к алкоголю с изменениями соматического или психического состояния, в первую очередь в связи с аффективными расстройствами. В первые дни запоя больной дробно употребляет наибольшие суточные количества алкоголя. В последующем из-за нарастающего снижения толерантности и ухудшения физического состояния разовые и суточные количества алкоголя прогрессивно падают. В конце запоя наступает интолерантность и связанная с ней невозможность продолжать злоупотребление алкоголем. Абстинентные явления наиболее тяжелые. Запой сменяются полным воздержанием. Запой могут возникать циклически, но иногда наблюдается тенденция к укорочению запоев и удлинению светлых промежутков.

У части больных, однако, злоупотребление алкоголем не переходит в истинные запои и остается постоянным на фоне низкой толерантности к алкоголю. В этих случаях больные употребляют малые количества спиртного на протяжении всех

суток, в том числе и ночью. Днем промежутки между приемами алкоголя составляют 1—3 ч. Больные непрерывно находятся в опьянении, чаще неглубоком. Тяжелые абстинентные состояния возникают лишь при прекращении приема алкоголя.

Изменения личности в III стадии алкоголизма определяются алкогольной деградацией. Ее главные признаки: эмоциональное огрубение, исчезновение семейных и общественных привязанностей, этическое снижение, утрата критики, общий упадок инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться, ухудшение памяти, а иногда и снижение интеллекта. Различные привходящие моменты накладывают отпечаток на основные симптомы деградации, что позволяет выделить несколько ее типов.

Психопатоподобный вариант деградации наблюдается чаще других. Если на предыдущей стадии алкоголизма психопатоподобные расстройства могли быть в определенной мере соотнесены с конкретным типом психопатии, то здесь обнаруживаются лишь отдельные психопатоподобные проявления, что позволяет говорить об их мозаичности, а также о нивелировке. Обычно наблюдаются возбудимость с агрессивными поступками, бестактные замечания, грубый цинизм, назойливая откровенность, стремление очернить окружающих. Нередко встречаются истерические черты, в первую очередь бахвальство. Периодически возникают расстройства аффекта по типу дисфорий или глубокой подавленности. В эти периоды можно выявить частичное понимание своего состояния.

Алкогольная деградация с эйфорической установкой, развивающейся обычно позже, характеризуется преобладанием беспечного, благодушного настроения с резким снижением критики к собственному положению. У этих больных, по словам E. Bleuler, «нельзя возбудить ни гордость, ни самолюбие, ни чувство достоинства». У них не может быть никаких секретов. С одинаковой легкостью они рассказывают и о пустяках, и об интимных сторонах как собственной, так и чужой жизни, обо всем говорят в шутовском тоне. «Алкогольный юмор» в наиболее резкой форме проявляется именно у этих больных. Их речь определяется набором шаблонных оборотов и стереотипных избитых шуток.

Алкогольная деградация с аспонтанностью является наиболее тяжелым вариантом. В этих случаях преобладают вялость, пассивность, снижение побуждений, утрата интересов и инициативы. Даже в кругу собутыльников они остаются пассивными свидетелями происходящего, проявляя активность только тогда, когда нужно приобретать спиртное. Такие больные более всего склонны к паразитическому образу жизни.

Социальные последствия алкоголизма III стадии определяются неспособностью больных выполнять в полном объеме семейные и производственные обязанности. К этому времени су-

пруги больных либо расторгают брак, либо поддерживают с ними лишь утилитарные отношения без прежних эмоциональных связей и участия больных в решении каких-либо важных семейных вопросов. Обнаруживается выраженное профессиональное снижение больных, за исключением редких случаев очень малоквалифицированной работы. Типичны деквалификация, длительные перерывы на работе вплоть до проживания на иждивении окружающих. Однако даже наиболее тяжело больные (без сопутствующих грубоорганических процессов центральной нервной системы) способны выполнять простую работу на производстве и тем более обслуживать себя в быту.

Соматические последствия алкоголизма III стадии необратимы, остаточные явления сохраняются даже в периоды длительного воздержания от алкоголя. Более выраженной становится кардиопатия. Обнаруживаются тяжелые сочетанные поражения органов пищеварительной системы: гепатиты, переходящие в циррозы, панкреатиты, атрофические гастриты. Появляются признаки полиневропатии. Возможны эндокринные расстройства и другие соматические нарушения.

### Клиника алкогольных психозов

Алкогольные психозы — различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности, возникают во II и III стадиях алкоголизма. Алкогольные психозы возникают лишь тогда, когда в результате хронической интоксикации развивается поражение внутренних органов с нарушениями обмена. Часто их развитию предшествуют дополнительные соматические и психические вредности. Наиболее распространенная группа алкогольных психозов (делирии и галлюцинозы) возникают, как правило, не на высоте запоев, т. е. не в период наибольшей интоксикации алкоголем, а вслед за ними. В случаях алкогольных галлюцинозов и бредовых психозов, особенно пролонгированных и хронических, нередко обнаруживаются конституционально-генетические аномалии.

Выделяют следующие основные алкогольные психозы: 1) алкогольные делирии; 2) алкогольные галлюцинозы; 3) алкогольные бредовые психозы; 4) алкогольные энцефалопатии.

В судебно-психиатрической практике наибольшее значение имеют алкогольные делирии, алкогольные галлюцинозы, алкогольные параноиды и алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя). Больные с этими формами алкогольных психозов представляют значительную социальную опасность и нередко совершают общественно опасные действия, как правило, в отношении лиц ближайшего окружения.

**Алкогольный делирий (белая горячка).** Самый частый психоз, значительно превосходящий по частоте все остальные алкогольные психозы. В продроме, продолжающемся дни, недели, преобладают расстройства ночного сна с кошмарными сновидениями.



дениями, страхами, частыми пробуждениями и вегетативными симптомами, а днем — астенические расстройства и изменчивый аффект (легко возникающая пугливость и тревога).

Продромальный период может отсутствовать. Делирий развивается спустя несколько часов или дней после прекращения приемов алкоголя на фоне выраженных абстинентных расстройств или при обратном их развитии. Начальные симптомы, появляющиеся к вечеру и усиливающиеся ночью, — наплывы образных представлений и воспоминаний, зрительные иллюзии, общая оживленность мимики и моторики, неустойчивое, легко отвлекаемое внимание, изменчивое настроение с быстрой сменой диаметрально противоположных аффектов, преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени. В 10—19% случаев делириозному синдрому предшествуют единичные или множественные судорожные припадки; могут возникать эпизоды вербальных галлюцинаций или образного бреда. В развернутой стадии появляется полная бессонница, возникают иллюзии фантастического содержания (парейдолии) и истинные зрительные галлюцинации. Преобладают микроскопические галлюцинации: насекомые, мелкие животные, рыбы, змеи, нити, проволока, паутина; реже больные видят крупных животных, людей, человекоподобных существ, мертвецов, в том числе фантастического облика. Зрительные галлюцинации подвижны, меняются в размерах, подвержены происходящим на глазах превращениям. Они то единичны, то множественны, могут быть сценopodobными и, отражая определенные ситуации, калейдоскопически сменять друг друга. При углублении делирия возникают слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации, в том числе тактильные галлюцинации, локализующиеся в полости рта, расстройства схемы тела, ощущения нарушения положения тела в пространстве. В поведении, аффекте и бредовых высказываниях отражается содержание галлюцинаций. Преобладает двигательное возбуждение с суетливой деловитостью, бегством, стремлением спрятаться, что-то стряхнуть, сбить с себя или с окружающих предметов. Речь состоит обычно из многочисленных, отрывочно произносимых слов или коротких фраз. Внимание свертотвлекаемо. На все происходящее вокруг больные реагируют отдельными репликами, поведением, мимикой. Аффект крайне изменчив.

Попеременно возникают благодушие, недоумение, отчаяние, юмор, удивление, с наибольшим постоянством наблюдается страх. Доминирует образный бред преследования или физического уничтожения, в ряде случаев с отдельными эротическими высказываниями или идеями супружеской неверности. Характерна ложная ориентировка в месте и окружающем при сохранении ориентировки в собственной личности. Нарушается чувство времени — ощущается его резкое удлинение или, напротив, укорочение. Больные повышено внушаемы. Определяющие делирий расстройства склонны к ослаблению, спонтанному. или

под влиянием внешних причин (разговор с врачом и т. д.) — так называемые люцидные промежутки. Продолжительность делирия 3—5 дней, иногда психоз затягивается до 1—1½ нед. Чаще выздоровление наступает критически — после глубокого продолжительного сна, иногда постепенно — литически или литическое исчезновение расстройств происходит волнообразно, с временным ослаблением симптомов и их последующим появлением, но уже в менее выраженном виде. Воспоминания о бывших расстройствах фрагментарны.

Делирий сопровождается неврологическими и соматическими, в первую очередь вегетативными, расстройствами: мелкое ритмичное дрожание (тремор), прерываемое более сильными толчками, напоминающее в случаях генерализации дрожь при ознобе, атаксия, мышечная гипотония, гиперрефлексия, слабость конвергенции, выраженная потливость, гиперемия кожных покровов, особенно лица, тахикардия, колебания артериального давления, тахипноэ, увеличение печени, желтушность склер; температура чаще всего субфебрильная, в крови обнаруживаются лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ, повышенное содержание билирубина и холестерина. Описанный делирий, несмотря на значительную вариабельность клинической картины, часто называют типичным и классическим. Им может исчерпываться весь психоз. Он может сменяться другими алкогольными психозами.

**Острый алкогольный галлюциноз (алкогольный галлюциноз)**. В большинстве случаев галлюциноз развивается на фоне абстинентных расстройств, сопровождаемых тревогой, параноидной настроенностью и вегетативно-соматическими симптомами. В противоположность делирию судорожные припадки в дебюте галлюциноза являются исключением. Галлюцинации возникают, как правило, к вечеру или ночью, в том числе и при засыпании. Сначала периодически возникают актозмы и фонемы нейтрального для больного содержания, вызывающие удивление, недоумение или недовольство и возмущение. Часто больные стараются обнаружить место, из которого раздаются слышимые ими звуки. В ряде случаев слуховые галлюцинации появляются несколькими короткими приступами, разделенными светлыми промежутками. В дебюте галлюциноза могут возникать фрагменты делириозных расстройств. В последующем на фоне тревоги, страха, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, принадлежащие одному, двум и большему числу людей — «голоса», «хор голосов». Они ругают, оскорбляют, угрожают, обвиняют, с издевкой осуждают настоящие и прошлые действия больного. Содержание словесных галлюцинаций изменчиво, но всегда связано с реальными обстоятельствами прошлого и настоящего. Голоса то говорят о больном между собой, то обращаются непосредственно к нему, делая его соучастником развертывающихся ситуаций. Интенсивность вербальных галлюцинаций может резко

меняться — нарастать до крика, ослабевать до шепота. При усилении основного симптома — вербальных галлюцинаций — возникает поливокальный галлюциноз как последовательно сменяющие друг друга сцены, связанные между собой единством темы. Например, больной слышит происходящий над ним суд с участием прокурора, свидетелей, адвоката, потерпевших, споры сторон, вынесенный ему приговор. Чувственность и наглядность вербальных галлюцинаций, а также манера их переказа таковы, что легко создается впечатление, будто бы больные все это видят, а не слышат. Вследствие этого подобные состояния нередко расцениваются как делириозные.

Уже в начальном периоде психоза возникают бредовые идеи, содержание которых — преследование, физическое уничтожение, обвинение и т. п. — тесно связано с содержанием вербальных галлюцинаций (так называемый галлюцинаторный бред). Обычно больные говорят о преследовании «бандой», руководимой конкретными лицами (соседи, сослуживцы, родственники, жена, знакомые). Аффект на высоте галлюциноза определяется тревогой, отчаянием, резким страхом. Преобладает двигательное возбуждение. Часто оно сопровождается самообороной, обращением в милицию или прокуратуру; в ряде случаев совершаются общественно опасные действия, суицидальные попытки. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Редукция психических расстройств происходит кригически, после глубокого сна, или постепенно. В последнем случае она начинается с уменьшения звучности вербальных галлюцинаций и их исчезновения в дневное время. Одновременно или несколько позже снижается интенсивность аффективных расстройств, блекнут бредовые высказывания. Ко времени полного исчезновения вербальных галлюцинаций обычно появляется критическое отношение к перенесенному психозу. Длительность острого алкогольного галлюциноза колеблется от нескольких дней до месяца. Описанный алкогольный галлюциноз часто определяют как типичный или классический.

**Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования).** Впервые данный психоз выделен в качестве самостоятельной формы И. В. Стрельчуком в 1949 г. Он возникает преимущественно в период абстиненции, в ряде случаев во время запоя. Его развитию предшествует короткий продром, который определяется бредовой настроенностью, вербальными иллюзиями, тревогой. Обычно психоз развивается внезапно. Сразу же, без каких-либо размышлений и сомнений, больными овладевает непоколебимое убеждение в том, что они станут жертвой немедленного физического уничтожения. Чуть ли не каждое находящееся рядом лицо принадлежит к «шайке», по передкому определению самих больных. Больные напряженно следят за мимикой, жестами, действиями окружающих, вслушиваются в произносимые ими фразы или слова, расценивая все видимое и слышимое как имеющее непосредственное отно-

шение к слезке и покушению. Часто больные видят не только приготовления к расправе, но и ее орудия: блеснувший нож, высовывающееся из кармана дуло пистолета, веревку, подготовленную для удушения, т. п. Видимое подтверждается слышимыми словами и репликами соответствующего содержания, которыми обмениваются окружающие. Обычно при этом речь идет о вербальных иллюзиях. Больные считают преследователями или совершенно незнакомых людей, или тех, кого по смутному предположению больные уже видели, или лиц, имевших ранее какие-либо отношения с больными. Наряду с образным бредом всегда существует резкий страх или напряженная тревога. Поступки больных импульсивные, чаще больные стараются скрыться. Спасаясь бегством, они нередко с опасностью для жизни спрыгивают на ходу из транспорта, прячутся, убегают полураздетыми, несмотря на мороз и непогоду, в безлюдные места, могут в отчаянии нанести себе серьезные телесные повреждения, предпочитая умереть «более легкой смертью». В других случаях больные прибегают к самообороне и сами внезапно совершают нападения. Многие в страхе обращаются в милицию или в другие официальные организации, прося о защите. В вечернее и ночное время могут возникать отдельные делириозные симптомы и вербальные галлюцинации. Острый алкогольный паранойд продолжается от нескольких дней до нескольких недель.

**Затяжной алкогольный паранойд.** Начальные симптомы во многом совпадают с признаками острого алкогольного паранойда. В последующем изменяется аффект, в котором начинают преобладать подавленность и тревога, а страх или отсутствует, или менее выражен и возникает эпизодически. В бредовых высказываниях появляются отдельные элементы системы. Преследователями становятся лица, с которыми прежде складывались неблагоприятные отношения. У больных появляется убежденность в том, что причиной плохого к ним отношения, стремления «уничтожить» являются их собственные ошибочные высказывания или поступки в прошлом. В поведении больных, при поверхностном наблюдении как будто правильном, очень часто можно отметить признаки, свидетельствующие о существовании бреда, — стремление ограничить привычный круг общения, просьбы к родственникам провожать их на работу и с работы, смена привычных маршрутов, т. е. расстройства, близкие к бредовой миграции. Употребление алкоголя всегда усиливает такие симптомы психоза, как страх, образный бред, неправильное поведение. Затяжной паранойд может длиться месяцами. Продолжающиеся запои в ряде случаев делают паранойд рецидивирующим.

**Алкогольный бред ревности (алкогольный бред супружеской неверности, алкогольная паранойя).** Возникает у лиц с паранойяльным складом характера, реже — на фоне алкогольной деградации. Это типичная форма бреда зрелого возраста. Сна-

чала идеи супружеской неверности возникают эпизодически, лишь в опьянении или в похмелье. Грубость, несдержанность и придирчивость больных создают реальные предпосылки к отчуждению супругов, касающиеся, в частности, интимных сторон жизни. Психогенный фактор определяет появление сверхценных идей супружеской неверности, сохраняющихся теперь и вне состояний, связанных с алкогольными эксцессами. Ревнивые подозрения усиливаются или, напротив, ослабевают на данном этапе в связи с реальными и психологически понятными поводами. В этот период у больных преобладает дисфорический аффект, они часто буквально истязают жен всевозможными расспросами о деталях и причинах «измен», с исступлением требуя признания своей вины, которую в этом случае обещают «великодушно» простить. При дальнейшем прогрессировании расстройств возникает непоколебимая и постоянная убежденность в изменах жены уже вне зависимости от реальных поводов и появляется бред. Как правило, он проявляется бредовым поведением нарастающей интенсивности (разработка всевозможных и усложняющихся способов проверки). Одновременно появляется и точное знание «любовника». Обычно это человек из ближайшего окружения, часто значительно моложе больного. Систематизирующийся в узких границах бред нередко влечет за собой многочисленные жалобы в общественные организации с требованием «помешать разврату» и «сохранить семью». Дальнейшее усложнение психоза может идти в различных направлениях. Оставаясь монотематичным, бред ревности становится ретроспективным. Больной может утверждать, что жена изменяет ему уже много лет, дети родились не от него, а от прежних любовников. В других случаях клиническая картина усложняется присоединением бредовых идей иного содержания — материального ущерба (жена тратит семейные деньги на сожителя или совершенно забросила хозяйство, «предаваясь разврату»), идеи отравления и колдовства с целью «освободиться» от больного. В последнем случае чаще преобладает тревожно-подавленное настроение, а в бредовом поведении возможны акты жестокого насилия в отношении жены и связанных с ней лиц. Продолжающееся пьянство не только способствует усилению симптомов психоза, но и увеличивает риск агрессии больных. Заболевание, колеблясь в своей интенсивности, может продолжаться годами.

### **Вопросы патогенеза алкоголизма**

Многочисленные исследования показали значительную сложность и многофакторность механизмов формирования алкоголизма. Наряду со специфическим действием алкоголя важную роль в развитии алкоголизма играют 3 основные группы факторов: 1) социальные; 2) психологические; 3) индивидуальные биологические (физиологические, биохимические). В каждом случае болезни значение этих факторов может быть различным

и правильная их оценка необходима для адекватного выбора терапевтических мер.

Социологический анализ распространенности алкоголизма в различных странах и социальных слоях общества показывает, что при прочих равных условиях наибольшее значение имеет влияние микросоциальной среды. Обычай и микросоциальная среда не только создают определенное отношение к алкоголю, но и в значительной мере формируют личность.

Среди психологических предпосылок алкоголизма первостепенное значение имеют личностные особенности индивидуума и прежде всего его способность адаптироваться в окружающей обстановке, противостоять стрессорным воздействиям, разрешать конфликты и переносить эмоциональное напряжение.

Изменения влечений, эмоционального состояния, вегетативных функций, а также возникновение психопатологических состояний дают основание думать о том, что основное место в патогенетических механизмах алкоголизма принадлежит изменениям функций центральной нервной системы.

Нейромедиаторы из группы биогенных аминов — катехоламины и серотонин — привлекают наибольшее внимание исследователей, занимающихся патогенезом алкоголизма. Эти нейромедиаторы имеют непосредственное отношение к регуляции эмоционального состояния, влечений и участвуют в развитии психопатологических проявлений. Накоплен клинический и экспериментальный опыт, показывающий, что многие фармакологические препараты, воздействующие на обмен и функции биогенных аминов, по-разному влияют на эффекты алкоголя, влечение к нему и абстинентный синдром.

В лаборатории психофармакологии ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского изучают нейрохимические основы формирования алкогольной зависимости; в результате выработана гипотеза о роли катехоламинов в патогенезе алкоголизма [Анохина И. П., 1976]. Полученные данные свидетельствуют о существенном значении нарушений функций катехоламиновой и особенно дофаминовой систем организма в патогенезе ведущих проявлений алкоголизма: патологического влечения к алкоголю, абстинентного синдрома и алкогольного делирия.

Предварительные результаты позволяют считать, что установленные сдвиги обмена катехоламинов при остром и хроническом введении алкоголя могут иметь связь с образованием морфиноподобных веществ и изменением функций эндогенных опиатных образований. Несомненно, многие иные эффекты алкоголя, в частности его влияние на другие нейромедиаторы и ферменты, окислительные процессы в центральной нервной системе, синтез белков, сосудистую систему и т. п., также имеют значение в формировании алкоголизма. Патогенез этого заболевания представляет собой сложный комплекс, звенья которого пока недостаточно изучены.

## Лечение алкоголизма

**Общие принципы.** Методы терапии больных алкоголизмом в общих чертах были сформулированы еще в XIX веке. Основные положения получили дальнейшее развитие в работах И. В. Стрельчука (1957), И. И. Лукомского (1960), А. А. Портнова (1962), Г. В. Зеневича и С. С. Либиха (1965), В. Е. Рожнова (1974), Э. А. Бабаяна (1975), Г. В. Морозова (1976), А. К. Качаева с соавт. (1976), Г. В. Морозова, Н. Н. Иванца (1980) и др. В результате установлены главные принципы антиалкогольного лечения.

В лечении нуждаются уже лица с начальными проявлениями алкоголизма, когда утрачивается контроль над количеством употребляемого алкоголя, есть первичное патологическое влечение к нему, нарастание толерантности, регулярные алкогольные эксцессы и редкие, ситуационно обусловленные 2—3-дневные периоды пьянства. Таким образом, были выделены и описаны инициальные признаки алкоголизма, отличающие данное патологическое состояние от «бытового пьянства», требующего иного (немедицинского) вмешательства. Это позволяет возможно раньше привлечь больных к терапии. Впервые обращаются за помощью в наркологические учреждения обычно лица с длительностью заболевания около 10 лет, т. е. с развернутыми стадиями алкоголизма.

Организация в стране самостоятельной наркологической службы с амбулаторной, стационарной и другими видами помощи способствует выбору наиболее адекватной формы лечения для конкретного больного. Большинство больных алкоголизмом могут лечиться в амбулаторных и полустационарных условиях. В наркологические стационары целесообразно направлять больных с развернутой II и III стадиями заболевания, у которых в амбулаторных условиях не удастся прервать злоупотребление алкоголем, больных с выраженной алкогольной деградацией, с тяжелым абстинентным синдромом (риск развития алкогольного психоза, судорожных припадков, психоорганических явлений), а также лиц с депрессивными нарушениями, с суицидальными мыслями и попытками в состоянии абстиненции (как в настоящий момент, так и в анамнезе). В госпитализации в наркологический стационар нуждаются больные с симптоматическим алкоголизмом, с соматическими осложнениями алкоголизма, лица, у которых алкоголизм сочетается с аномалиями характера (особенно истеровозбудимого и неустойчивого типов), а также больные с неблагоприятным микросоциальным окружением.

Можно выделить и иные не менее важные общие положения: 1) непрерывность и длительность антиалкогольной терапии; 2) максимальная индивидуализация лечения в зависимости от клинических и микросоциальных факторов; 3) комплексность лечения; 4) установка больных на полное воздержание

от алкоголя; 5) этапность и преемственность лечебных мероприятий.

Непрерывность и длительность — одно из главных условий эффективности антиалкогольной терапии. Нет «чудодейственного средства», быстро избавляющего человека от пагубной склонности. Врач должен разъяснить больному, что алкоголизм — это болезнь, требующая не только длительного и регулярного лечения, но и активного участия в этом лечении больного и его близких. В противном случае больные и их родственники разочаровываются в применяемых методах лечения, постоянно ищут «новые средства» и в конечном итоге перестают доверять врачу.

Индивидуализация антиалкогольной терапии в зависимости от клинических и микросоциальных факторов широко внедряется в наркологических учреждениях страны. Терапевтическая тактика должна учитывать стадию, вариант течения заболевания, тип личности, эффективность предшествовавших курсов лечения. Существенное значение имеют также пол, возраст, образование, профессиональная деятельность, семейное положение, социальные и соматические последствия алкоголизма. Возможности изменения терапевтической тактики в зависимости от индивидуальных особенностей больного весьма велики. Контингент больных алкоголизмом далеко не однороден, и при лечении конкретного больного акцент делают на определенных методах антиалкогольной терапии, сохраняя ее комплексность. Многофакторная этиология алкогольной болезни требует строить лечение в нескольких неравнозначных плоскостях. Нет какого-либо одного психотерапевтического, фармакотерапевтического или социотерапевтического метода, высокоэффективного у большинства больных. В терапевтическую программу включают разноплановые мероприятия, направленные на ликвидацию нарушений в различных сферах: соматической, психической, неврологической, микросоциальной и т. д.

Эффективность антиалкогольного лечения определяется единством медикаментозных, психотерапевтических и реабилитационных мероприятий, хотя это деление условно. Большинство методик включает одновременно все 3 принципа воздействия на больных. Например, при условнорефлекторной терапии выработка с помощью аверсионных препаратов отвращения к алкоголю дополняется психотерапевтическим воздействием. Любое назначение лекарств (сенсibiliзирующие, психотропные и др.) вне абстиненции имеют элемент «чреспредметного» внушения.

Останавливаясь на установке больных только на полное воздержание от алкоголя, необходимо отметить следующее. При полном воздержании от алкоголя ремиссии у больных алкоголизмом нередко продолжаются многие месяцы и годы, а после небольших выпивок больные неизбежно переступают грань «контролируемого» употребления алкоголя с возобновле-



нием абстинентных расстройств и опохмеления. Попытки создать терапевтическую методику, позволяющую «научить» больных алкоголизмом ограничиваться небольшими дозами спиртных напитков, пока не привели к заметному успеху. Нет и патогенетически обоснованных методов устранения тех биологических сдвигов, которые обуславливают абстинентные расстройства и потребность в опохмелении.

Хотя целью антиалкогольной терапии является полное воздержание от спиртного, практически у большинства больных ремиссии чередуются с рецидивами. Нужно отметить, что в большинстве случаев поощрение трезвого поведения действует сильнее, чем наказание за пьянство. Абсолютное воздержание является условием всех лечебных воздействий.

Терапевтическая тактика меняется в зависимости от задач, возникающих при лечении больных алкоголизмом. Разработанная к настоящему времени схема лечения включает в себя 3 этапа.

**Первый этап.** Главной задачей первого этапа являются прерывание злоупотребления алкоголем и особенно купирование абстинентных расстройств, клиническое обследование больного, а также установление психотерапевтического контакта с ним и его ближайшим окружением. Длительность I этапа при амбулаторном лечении 8—10 дней, при стационарном — 5—10 дней.

Витаминотерапия Тиамин (витамин B<sub>1</sub>) имеет особое значение при купировании алкогольной абстиненции. Его использование считают одним из наиболее патогенетически обоснованных. Применяемые при алкогольной абстиненции дозы тиамин варьируют от 50 до 300 мг/сут. Главным критерием суточной дозы является тяжесть абстиненции и особенно наличие органического поражения центральной нервной системы. Общая длительность курса лечения тиамином 2—4 нед. Противопоказаниями к применению тиамин служат тяжелые болезни печени и склонность к аллергическим реакциям.

Пиридоксин гидрохлорид (витамин B<sub>6</sub>) также уменьшает алкогольную абстиненцию. Доза препарата составляет 20—100 мг/сут, длительность курса лечения до 4 нед. Следует соблюдать осторожность при назначении пиридоксин больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Никотиновая кислота (витамин PP) Суточные дозы составляют от 50 до 200 мг, длительность применения 2—4 нед. Побочные явления: покраснение лица, головокружение, ощущение прилива к голове — быстро проходят.

Аскорбиновая кислота (витамин C) является необходимым дополнением к названным средствам купирования абстиненции. Дозы препарата 50—400 мг/сут, длительность лечения 2—4 нед. Необходимо соблюдать осторожность при повышенной свертываемости крови и тромбозах.

Достаточно часто при купировании алкогольного абстинентного состояния применяют цианкобаламин (витамин B<sub>12</sub>), пангамат кальция (витамин B<sub>15</sub>), фолиевую кислоту, глутаминовую кислоту.

Дезинтоксикационная терапия. Препараты, содержащие тиоловые группы, — их дезинтоксикационные свойства объясняются активностью входящих в их структуру сульфгидрильных групп, связывающих токсические вещества.

Унитиол — для купирования абстинентных состояний применяется наиболее часто. Вводится парентерально 5—10 мл 5% раствора 1—4 раза в сутки в зависимости от тяжести абстиненции. Продолжительность лечения до 2 нед.

Натрия тиосульфат вводят внутривенно 15—20 мл 30% раствора в течение 10—15 дней.

Гипертонические растворы — чаще всего используется глюкоза, сульфат магния и мочевины.

Глюкоза — в сутки вводится от 10—20 мл 40% раствора в случаях средней тяжести алкогольной абстиненции и до 50—60 мл в тяжелых случаях. Перед введением глюкозы необходимо иметь результаты исследования содержания сахара в крови. На каждые 4 г глюкозы добавляется 1 ЕД инсулина.

Мочевина обладает особенно выраженной способностью повышать осмотическое давление крови, что ведет к интенсивному поступлению в сосудистое русло жидкостей из тканей и органов, включая ткань мозга. Используется в виде 30% раствора на 10% растворе глюкозы из расчета по сухому веществу 0,5—1,5 г/кг.

Магния сульфат дает умеренный дезинтоксикационный, седативный, гипотензивный и антисудорожный эффект. Вводят внутримышечно 5—20 мл 25% раствора.

Плазмозаменяющие растворы — применяется гемодез, реже полидес и желатиноль.

Гемодез — полиионный раствор, содержащий ионы натрия, калия, кальция, магния и хлора. Связывает токсины в крови. Вводится внутривенно капельно до 500 мл/сут.

Препараты, вызывающие гипертермию. Данные препараты широко используются в амбулаторных условиях для прерывания злоупотребления алкоголем, в первую очередь запоев.

Пирогенал — активность препарата измеряется в МПД (минимальная пирогенная доза). Вводят ежедневно внутримышечно по схеме 500—750—1000 МПД. Температура тела достигает максимума через 2—3 ч после введения препарата, а затем нормализуется в течение суток. Необходимо соблюдать осторожность при гипертонической болезни и сахарном диабете.

Сульфозин — 1% или 2% раствор очищенной серы. Для достижения оптимальной температурной реакции (38—39 °С) вводят ежедневно внутримышечно 5—6—7 мл раствора. В последующем дозу, вызвавшую желаемый эффект, продолжают вводить ежедневно до полного купирования абстинентных явлений.

Психотропные средства применяют с целью седативного эффекта и уменьшения патологического влечения к алкоголю. Выбор психотропного средства зависит от клинических особенностей и выраженности абстиненции у конкретного больного.

Седуксен (диазепам, валиум, реланиум) применяют чаще парентерально в дозах 10—40 мг/сут. Противопоказан при миастении, заболеваниях печени и почек с признаками функциональной недостаточности.

С помощью феназепама удается добиться глубокого, достаточно продолжительного сна. Заметно уменьшает тревогу, навязчивые явления. Суточные дозы препарата составляют в абстиненции 1—3 мг, вне абстиненции — 0,5—2 мг.

Грандаксин эффективно купирует вегетативные расстройства. Суточная доза 150—600 мг. Комбинация феназепама с грандаксином особенно эффективна для купирования абстиненции.

При купировании абстиненций, сопровождающихся легкими нехпатологическими расстройствами (аффективными), можно использовать нейролептики с мягким седативным действием: хлорпротиксен по 15—60 мг/сут; терален 20—50 мг/сут. Если

в абстиненции преобладают грубые психопатоподобные нарушения (раздражительность, вспышки гнева, неуступчивость, недоверчивость, демонстративные поступки), то целесообразно использовать неулептил внутрь по 5—30 мг/сут.

При депрессивных вариантах абстиненции (угнетенность и подавленность настроения, чувство безысходности, угрюмость, мрачность) следует назначать антидепрессанты с седативным компонентом действия: амитриптилин по 50—150 мг/сут, пипразидол по 75—150 мг/сут или нейролептики с тимолептическим действием, например соннапакс (меллерил) по 150—300 мг/сут.

Тяжелые варианты абстиненции с возможностью развития алкогольного психоза необходимо купировать психотропными препаратами, дающими достаточно мощный седативный и антипсихотический эффект (тизерцин по 50—100 мг/сут, галоперидол по 1,5—10 мг/сут в сочетании с корректорами — циклодолом и др.).

**Второй этап** — выработка отвращения к спиртным напиткам и стойкое подавление патологического влечения к алкоголю. Длительность II этапа при амбулаторном лечении 1½—1 мес, при стационарном — около 1 мес.

На II этапе применяются различные методы активного антиалкогольного лечения.

**Условнорефлекторная терапия (УРТ).** Данный вид лечения направлен на выработку отчетливого и нередко стойкого отвращения к спиртным напиткам.

Существует мнение, что УРТ наиболее подходит тем больным алкоголизмом, у которых заболевание обусловлено преимущественно социальными факторами. Больные с патологическим влечением к алкоголю, формирующимся на основе аномальных личностных особенностей, оказываются резистентными к УРТ, так как крайне интенсивное патологическое влечение к алкоголю у них не удается подавлять с помощью условного рефлекса отвращения. С клинической точки зрения, по-видимому, следует считать абсолютным показанием к УРТ начальные проявления заболевания и положительные установки на лечение.

Для УРТ применяют 0,5% раствор апоморфина, эметин, рвотную смесь по Стрельчуку, содержащую ипекакуану, хлорид натрия, сульфат натрия, касторовое масло, рыбий жир, воду.

Лечение перечисленными методами в стационаре проводится ежедневно, курсами от 2 нед до месяца. При амбулаторном лечении применение УРТ несколько видоизменяется, УРТ назначается после дезинтоксикационной терапии, а иногда одновременно с ней. Апоморфин, эметин, рвотные смеси в первые 1—5 дней вводятся ежедневно, а в дальнейшем 2—3 раза в неделю. 15—20 сеансов и более на курс лечения. В последующем больного переводят на поддерживающую УРТ.

УРТ противопоказана больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, стенокардией, тяжелыми форма-

ми кардиосклероза и атеросклероза сосудов головного мозга, органическими заболеваниями центральной нервной системы, открытыми формами туберкулеза легких, а также при индивидуальной непереносимости препарата.

**Сенсибилизирующие средства.** Тетурам (антабус, дисульфирам, аверсан) является сенсибилизирующим к алкоголю средством. Полагают, что тетурам блокирует ряд ферментных систем, в первую очередь ацетальдегидоксидазу, и задерживает окисление алкоголя на стадии ацетальдегида. С ацетальдегидом и связан ряд токсических эффектов, обуславливающих картину так называемой тетурам-алкогольной реакции (ТАР).

Перед началом лечения больному необходимо объяснить принцип действия препарата и предупредить его об осложнениях при тетурам-алкогольной реакции. Следует взять у больного расписку о том, что он предупрежден об опасности употребления алкоголя в период лечения тетурамом и после него.

**Абсолютные противопоказания к назначению тетурама:** выраженный атеросклероз церебральных или коронарных сосудов, перенесенный инфаркт миокарда или стенокардия с частыми приступами, аневризма аорты, гипертоническая болезнь II и III стадий, любые формы коронарной недостаточности, туберкулез легких в фазе обострения, бронхиальная астма, выраженная эмфизема, любые формы легочной недостаточности, гепатит в фазе обострения, цирроз печени, панкреатит, язвенная болезнь желудка в фазе обострения, эндогенные психические заболевания, болезни кроветворных органов, выраженные невриты и полиневриты, глаукома, беременность, индивидуальная повышенная чувствительность к тетураму. Относительными противопоказаниями являются остаточные явления органического поражения головного мозга, пожилой возраст (старше 60 лет), а также все перечисленные в абсолютных противопоказаниях хронические соматические заболевания вне обострения.

Наряду с тетурамом в качестве сенсибилизирующих средств широко применяются метронидазол (трихопол, флагил), фуразолидон, циамид, никотиновая кислота. В последние годы созданы длительно действующие сенсибилизирующие средства: французский препарат эспераль и созданный сотрудниками Института органического синтеза АН Латвийской ССР радотер.

Эспераль, радотер применяют при лечении больных, резистентных к лечению другими методами, они не исключают психотерапевтическое воздействие. Отечественный препарат абрифид (7% раствор тетурама) — сенсибилизирующий препарат пролонгированного действия. Введение абрифиды сопровождается гипертермической реакцией.

**Психотропные средства.** При активном антиалкогольном лечении больных алкоголизмом и подавлении у них патологического влечения к алкоголю широко применяют пси-

хотропные средства для нормализации имеющихся у многих больных эмоционально-волевых расстройств, коррекции поведения и в конечном счете подавления первичного патологического влечения к алкоголю.

Необходимо дифференцированно подбирать психотропный препарат в зависимости от индивидуальных особенностей психического состояния.

Среди психотропных препаратов наибольшее применение при лечении больных алкоголизмом нашли транквилизаторы (тазепам, триоксазин, феназепам, грандаксин); нейролептики с седативным и антидепрессивным эффектом (сонапакс, неулептил, терален, хлорпротиксен, карбидин, этаперазин); антидепрессанты (амитриптилин, пиразидол, азафен), антиадренергические вещества (пирроксан) с мягким избирательным действием на неврозоподобные, психопатоподобные, аффективные симптомы, а также на сопутствующее им патологическое влечение к алкоголю.

В последние годы все более широкое применение при алкоголизме находят соли лития как средство профилактики аффективных расстройств, если запои у больных связаны с возникновением аффективных фаз, а также препараты из группы ноотропов— производные гамма-аминомасляной кислоты — аминалон (гаммалон), пирацетам (ноотропил) и др. Последние благоприятно влияют на энергетический обмен нервных клеток и поэтому наиболее успешно применяются при лечении больных алкоголизмом III стадии.

При лечении больных алкоголизмом часто оказываются также эффективными неспецифические лечебные мероприятия, направленные на повышение общего тонуса, укрепление защитных сил организма (инсулинотерапия, аутогемотерапия, оксигенотерапия, физиотерапия, разгрузочно-диетическая терапия, электросон и т. д.).

**Третий этап** — поддерживающее амбулаторное лечение, оно предотвращает рецидивы заболевания. Проводят различные варианты психотерапии, общеукрепляющее и симптоматическое лечение, назначают перечисленные выше психотропные препараты, УРТ, сенсibiliзирующие к алкоголю средства. Регламентированы лишь курсы УРТ для поддержания и закрепления выработанного отрицательного условного рефлекса на алкоголь (на первом году 3 курса, на втором — 2 курса, на третьем году ремиссии — 1 раз; больным на пассивном учете — 4—5-й год ремиссии УРТ проводится по медицинским показаниям).

Кроме лекарственных средств и психотерапии, можно использовать воздействие на микросоциальную среду, а также различные реабилитационные мероприятия.

Для купирования «срывов» или рецидивов алкоголизма в амбулаторных условиях наиболее эффективны средства, вызывающие гипертермию. Ежедневно делают инъекции пирогенала (на курс 3—5 инъекций, соответственно 500, 750, 1000 МПД).

На фоне гипертермии больным также рекомендуется принимать метронидазол по 0,75—1 г 3—4 раза в день или никотиновую кислоту по 0,1—0,2 г 3—4 раза в день. Введением пирогенных препаратов в амбулаторных условиях удается быстро прервать запой, купировать абстинентные явления и начать противоалкогольное лечение у 90—95% больных.

### Лечение алкогольных психозов

Алкогольные психозы, в первую очередь острые, требуют неотложного терапевтического вмешательства по витальным показаниям. Среди всех острых алкогольных психозов алкогольный делирий (белая горячка) встречается наиболее часто.

В последние годы терапия алкогольного делирия базируется преимущественно на патогенетических принципах. Применяют различные варианты инфузионной терапии, направленной на: 1) ликвидацию метаболических сдвигов (гипоксия, ацидоз, изменения состава белков, гипо- и авитаминоз) и нарушений водно-электролитного баланса; 2) устранение гемодинамических сдвигов; 3) нормализацию дыхания, 4) предупреждение или ликвидацию нарушений функции почек и печени; 5) предупреждение отека легких; 6) ликвидацию гипертермии; 7) лечение интеркуррентных заболеваний. Одновременно назначают большие дозы витаминов (группы В, С, РР), симптоматические средства. Последовательность и объем лечебных мероприятий зависят от особенностей психического и физического состояния больных. Инфузионной терапии предшествует ликвидация двигательного возбуждения. С этой целью внутривенно вводят 10—40 мг дизепамы (седуксен) одномоментно или 2—4 г натрия оксибугтирата, 20 мл 5% раствора глюкозы.

При классическом делирии с умеренно выраженными вегетативными и неврологическими симптомами, систематизированном делирии вслед за купированием возбуждения с целью дезинтоксикации используют гемодез или реополиглюкин (внутривенно капельно по 400 мл 1—2 раза в сутки); глюкозу (5% раствор по 500—1000 мл/сут с добавлением 1 ЕД инсулина на каждые 4 г глюкозы, а также поливитаминов); изотонический раствор хлорида натрия (500—1000 мл).

В лечении острого галлюциноза и бредовых алкогольных психозов основное место принадлежит психотропным средствам, вводимым парентерально. Это аминазин (150—300 мг/сут), трифтазин (5—10 мг/сут), галоперидол (10—15 мг/сут), тизерцин (50—150 мг/сут).

Активное противоалкогольное лечение больных, перенесших алкогольные психозы, проводится в стационаре после полной редукции всех продуктивных симптомов, в том числе астении.

Согласно приказу Министерства здравоохранения СССР № 291 от 23.03.76 г. «Об утверждении обязательных минимальных курсов лечения больных алкоголизмом», при стойкой ре-

миссии больные получают лечение и остаются под наблюдением в течение 5 лет.

Преемственность в работе различных звеньев наркологической службы обеспечивает перевод больного из одного наркологического подразделения в другое только после согласования и документального оформления. В лечебном учреждении больного наблюдает один и тот же врач. Благодаря этому врач может подробно изучить индивидуальные особенности каждого больного.

### **Судебно-психиатрическая оценка при алкоголизме и алкогольных психозах**

Судебно-психиатрическая оценка состояния больного алкоголизмом обычно не вызывает значительных трудностей. У лиц, страдающих алкоголизмом, имеются некоторые психические изменения, но они не лишают больных возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Такие лица не подпадают под действие ст. 11 УК РСФСР и в соответствии со ст. 12 УК РСФСР как совершившие преступление в состоянии опьянения не освобождаются от уголовной ответственности. Исключение составляют случаи, при которых алкоголизм сочетается с другими органическими заболеваниями головного мозга (травма головного мозга, сосудистые и другие поражения), что сопровождается выраженным слабоумием. В случае осуждения больных алкоголизмом противоалкогольное лечение в соответствии со ст. 62 УК РСФСР осуществляется в местах лишения свободы.

Если алкоголизм является причиной тяжелого материального положения семьи больного, а неоднократное общественное воздействие не дало положительного результата, то суд может признать больного ограниченно дееспособным и назначить ему попечителя. Попечитель контролирует расходование материальных средств и совершение каких-либо имущественных сделок лицом с ограниченной дееспособностью (ст. 16 ГК РСФСР). Если ограниченно дееспособный уклоняется от лечения, то попечитель может обратиться в комиссию по борьбе с пьянством и алкоголизмом при исполкоме районного (городского) Совета народных депутатов, которая на основании п. 17 Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 19.06.72 г. возбуждает в суде дело о направлении подопечного в лечебно-трудовой профилакторий. Кроме ограничения дееспособности, к таким лицам в связи с различными брачно-семейными и имущественными делами суд может применить и другие меры (ст. 333 ГК РСФСР), в частности лишить родительских прав и др.

В случаях совершения общественно опасных действий в состоянии алкогольного психоза больные признаются невменяемыми в отношении содеянного. Психоз лишает больных возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить

ими, поэтому к ним применяются принудительные меры медицинского характера в соответствии со ст. 58—61 УК РСФСР. Нередко алкогольный психоз развивается после совершения преступления и ареста, что лишает больного возможности участвовать в расследовании по уголовному делу в период болезни. К такому лицу в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР применяются принудительные меры медицинского характера до его выздоровления.

## Глава 20

### НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

#### Наркомании

Наркомании — заболевания, возникающие в результате немедицинского употребления наркотических средств.

Десятки современных препаратов способны вызывать синдром психической и физической зависимости. Их число увеличивается по мере синтеза новых лекарственных средств. Большое место среди наркотиков, являющихся причиной патологического привыкания и наркоманий, занимает ряд наркотикосодержащих растений и химических веществ, признанных в установленном порядке наркотическими средствами. Различают так называемую негативную и позитивную привязанность к наркотику. При повторных приемах наркотика развиваются привыкание и патологическое влечение к нему.

В основе болезненного пристрастия к наркотическим веществам, а также темпа и характера его развития лежит ряд факторов, в первую очередь особенности преморбидного склада личности больного и вид наркотика. Имеют значение также природа психической потребности в наркотическом препарате в каждом отдельном случае, интенсивность и длительность злоупотребления этим веществом. Наркомании чаще развиваются у лиц с психопатическими чертами характера (эмоционально неустойчивые, слабовольные или истерические, с дефектами воспитания и затрудненной социальной адаптацией).

Фармакологические особенности соответствующих наркотических средств отражаются на интенсивности формирования и стойкости физической и психической зависимости. При одних наркоманиях преобладает психическая зависимость, при других — физическая.

Вид наркотика влияет также на особенности формирования, динамику развития наркомании и определяет характер и специфичность абстинентного синдрома, что имеет важное дифференциально-диагностическое значение при экспертизе больных нар-



команиями. Вместе с тем существуют общие закономерности развития и исхода наркоманий любого вида.

Динамический стереотип развития наркоманий находит свое отражение в смене симптомокомплексов, свойственных определенной стадии заболевания [Пятницкая И. Н., 1969]. В начальной стадии наркомании больные способны переносить большие дозы наркотических веществ, влечение к наркотикам становится obsessивным с формированием психической зависимости. Синдром психической зависимости характеризуется болезненной потребностью в приеме наркотиков с тем, чтобы избежать нарушений психики или дискомфорта, возникающих без их приема. Длительность начальной стадии подвержена значительным индивидуальным колебаниям.

Переход к развернутой стадии наркомании сопровождается развитием импульсивного влечения к наркотикам, с которым больным трудно бороться. Исчезают защитные физиологические реакции организма. Одновременно нарастает толерантность, для достижения прежнего психического и физического комфорта больному необходимо все большее количество наркотического вещества. Наиболее важным признаком, свидетельствующим о наступлении развернутой стадии наркомании, является возникновение психической и физической зависимости от наркотика. Синдром физической зависимости — состояние, характеризующееся развитием выраженного дискомфорта при прекращении приема вызывающего зависимость лекарственного средства или иного вещества или после введения его антагонистов. Синдром психической и физической зависимости развивается в отношении веществ, влияющих на психические функции, причем различные вещества такого действия обладают неодинаковой способностью вызывать психическую и физическую зависимость либо оба вида зависимости одновременно. При применении понятия «синдром зависимости» важно уточнить, какое вещество вызвало зависимость.

Выраженные стадии наркоманий заключаются в углублении физической зависимости, нарастании необратимых изменений в организме больных, изменениях личности в виде резкого сужения круга интересов, сосредоточения их только на приобретении наркотиков, эмоционального огрубения, морально-нравственной деградации с антисоциальным поведением.

Диагностика наркомании должна основываться на констатации абстинентного состояния, объективных и анамнестических сведениях. Для этого также используют методы лабораторной диагностики — бумажную и тонкослойную хроматографию мочи и крови для определения в них наркотических веществ или специальные диагностические пробы — введение под кожу 0,5% раствора анторфина (налорфин) для воспроизведения абстиненции у морфинистов.

Лечение осуществляется в специальных палатах или отделениях для наркоманов наркологических или психиатрических

учреждений, где можно контролировать состояние больных и исключить употребление ими наркотиков. Вслед за лечением в стационаре для профилактики рецидивов необходимо амбулаторное наблюдение с поддерживающей терапией, медицинским и социальным контролем. В это время необходима всесторонняя реадaptация больных.

**Наркомании морфинного типа** вызывают наркотики, получаемые из мака (морфин, кодеин, пантопон, омнопон и др.).

Острая морфинная интоксикация начинается с эйфории, которая при углублении интоксикации переходит в психомоторное возбуждение с выраженной гиперемией кожных покровов, головокружением, головной болью. В последующем возбуждение сменяется нарастающей сонливостью, торпидностью, симптомами угнетения сердечно-сосудистого и дыхательного центров. Коматозное состояние может привести к смерти больного [Стрельчук И. В., 1956].

При хроническом употреблении морфина очень быстро наступает развернутая стадия заболевания. Выраженная психическая и физическая зависимость от морфина развивается почти одновременно с началом его систематического приема, и потребность в наркотике преобладает над всеми остальными интересами. Абстинентный синдром при лишении наркотика длится несколько дней. Компulsive влечение к морфину настолько усиливается, что угнетает все другие влечения. Обычно через 1—4 нед после начала приема морфина появляется потребность в первом увеличении его дозы. Толерантность столь сильно нарастает, что больные переносят морфин в дозах 1—4 г/сут, что значительно превышает смертельную дозу для здорового человека.

При длительном систематическом употреблении морфина в клинической картине болезни на первый план выступают личностные изменения. Наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными, круг их интересов крайне суживается, сосредоточиваясь только на приобретении наркотика. При добывании наркотика больные не останавливаются ни перед чем и часто нарушают закон, подделывая рецепты, совершая кражи. Наступает общая деградация личности с интеллектуально-мнестическим снижением.

Перед приемом наркотика морфинисты обычно угнетены, раздражительны. После инъекции морфина они преобразуются: исчезает ощущение упадка сил, появляются эйфория, благодушие, склонность к мечтательности. Характерен и внешний облик больных: они истощены, зрачки узкие, лицо одутловатое, кожа с желтушным оттенком, сухая, дряблая, с многочисленными рубцами и инфильтратами. Отмечаются брадикардия, падение артериального давления, озноб, запоры.

Сердце и печень претерпевают деструктивные изменения, в желудочно-кишечном тракте возникают хронические воспали-

тельные явления. Неврологическое обследование выявляет снижение рефлексов, в тяжелых случаях — патологические рефлексы. Через 6—18 ч после лишения препарата развивается абстинентный синдром, клинические проявления которого зависят от тяжести и длительности наркомании.

Первоначальные признаки абстиненции выражаются в зевоте, слезливости, потливости, затем к ним присоединяются расширение зрачков, тремор, парестезии. В дальнейшем появляются общая слабость, бессонница, беспокойство, тахикардия и повышение артериального давления, боли в области сердца и ощущение давления и ломоты в суставах. Снижается настроение, появляется подавленность, сменяющаяся выраженным двигательным возбуждением с брутальным аффектом. При достаточно длительной наркомании на высоте абстиненции возможно развитие транзиторных делириозных состояний или судорожных эпилептиформных припадков.

Лечение основано, как правило, на одномоментном лишении морфина. Оно включает назначение холинолитических и курареподобных препаратов, общеукрепляющих и симптоматических средств, витаминно- и физиотерапии.

**Опиомания.** Опий употребляют путем курения, приема внутрь или парентерального введения опийсодержащих настоек.

Острая интоксикация опиумом сначала проявляется эйфорией, которая быстро сменяется общей слабостью, головокружением и рвотой. Наблюдаются резкая гиперемия кожи лица, сужение зрачков до размера булавочной головки; реакция на свет при этом отсутствует. В тяжелых случаях, при нарастании токсических явлений, изменяются дыхание и сердечно-сосудистая деятельность (нитевидный пульс, ослабленное, поверхностное дыхание). Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

При хронической интоксикации в начальных стадиях наркомании больные испытывают эйфорию с расслабленностью, наплывом ярких, образных представлений и причудливым изменением восприятия окружающего.

Изменения личности и нарушения соматоневрологической сферы при хроническом употреблении опия аналогичны подобным изменениям при морфинизме. По данным И. В. Стрельчука (1956), длительное употребление опия в конце концов приводит к характерному изменению личности наркомана. Причиной смерти наркоманов чаще всего становятся соматоневрологические осложнения, в первую очередь общее истощение.

Через 8—12 ч после лишения опия развиваются явления абстиненции с подавленным, тревожно-тоскливым настроением, двигательным беспокойством, мучительной бессонницей. На высоте абстиненции возникают зевота, чиханье, слюнотечение, озноб, боли в мышцах. При достаточной длительности заболевания тяжелая абстиненция может привести к развитию психоза в виде делирия, вербального галлюциноза. Как правило, про-

гноз психотических состояний благоприятный, их длительность не превышает 1—2 нед.

Лечение то же, что и при морфинизме. И в данном случае является важным снятие абстинентного синдрома. Для этого в последние годы успешно применяется ряд методов, в том числе разные варианты акупунктуры.

**Наркомании, вызванные препаратами конопли.** Гашиш (марихуана, план, анаша, банг, харас, хусус) — производное каннабиса. Употребляется путем курения в чистом виде или в смеси с обычным табаком.

Острая интоксикация гашишем характеризуется повышенным аппетитом, чувством жажды, сухости во рту. Появляется беспричинная веселость, нередко с оттенком дурашливости, ускорением ассоциативных процессов, которые бывают поверхностными. Наряду с этим отмечается гиперестезия, когда самый незначительный шум воспринимается как грохот водопада, извращается чувство времени и пространства. Развиваются деперсонализационные и дереализационные расстройства. Соматическими признаками острой интоксикации гашишем служат гиперемия или бледность кожных покровов, инъецированность склер, расширение или сужение зрачков, гипергидроз, слюнотечение, лабильность пульса, ощущение теплоты и жара в конечностях.

В клинической картине хронической интоксикации гашишем на всех этапах ведущими являются психопатологические расстройства (реакция экзогенного типа, шизоформные состояния). Нередко бывают аффективные (маниакально-депрессивные), галлюцинаторно-параноидные состояния, клиническая картина которых аналогична таковым при шизофрении [Кулагин И. Д., 1962; Дурандина А. И., 1969; Оганесян В. О., 1971].

В результате хронического употребления гашиша больные постепенно становятся вялыми, пассивными, угрюмыми, утрачивают интерес к жизни и контакт с окружающими. Абстинентный синдром выражен нерезко, малопродолжителен и проявляется общим недомоганием, отсутствием аппетита, тоской, чувством безнадежности, нерезкими расстройствами сна и вегетативными нарушениями.

Лечение. Больных одномоментно лишают гашиша, затем проводят общеукрепляющее лечение, витамино- и физиотерапию.

В комплексе лечебных мероприятий важен процесс деникотинизации, разрушающий у больных сложившийся «табакокурительный стереотип» [Оганесян В. О., 1971], так как основной путь введения наркотика в организм — курение.

**Кодеиномания.** Острая интоксикация кодеином проявляется сначала ощущением теплоты в области желудка, распространяющейся на все тело своеобразными «концентрическими» волнами. Затем развивается эйфория, во время которой больные оживлены, разговорчивы, подвижны, активны, деятельны. От-

сутствует свойственная другим видам наркоманий потребность в сне по окончании наркотического опьянения. Больные стремятся продлить это состояние повторным приемом кодеина.

Хроническая интоксикация ведет к прогрессирующим психическим и соматоневрологическим изменениям. Изменения личности больных имеют особенности, главная из которых — быстрое истощение психических функций. У больных сужается круг интересов, нарастают рассеянность, несобранность, в связи с чем использование интеллектуальных способностей затруднено без формальных признаков деменции. Особенностью кокаиномании являются частый переход к комбинированному приему наркотиков и формирование полинаркомании, что снижает работоспособность больных, ускоряет морально-этическую деградацию и социальную дезадаптацию.

В абстинентном состоянии, развивающемся спустя 6—7 ч после окончания действия наркотика, отмечаются тревога, беспокойство, сменяющиеся раздражительностью, дисфорией, расстройствами сна. Наряду с этим возникают депрессии, спастические боли в кишечнике, тянущие боли в мышцах и суставах, потливость, озноб. Абстиненция при кокаинизме менее острая, чем при морфинизме, и более длительная, чем при опиомании.

Лечение то же, что при опиомании. Для купирования абстинентного синдрома с успехом используют глутаминовую кислоту, способствующую подавлению болезненного влечения.

### Токсикомании

Если термин «наркомания» применим к больному, злоупотребляющему веществом или лекарственным средством, которое по закону относится к группе наркотиков, то термин «токсикомания» относится к болезненному расстройству, вызываемому веществом или лекарственным средством, не признанным как наркотическое.

Токсикомании характеризуются в основном синдромом физической зависимости, проявляющейся в виде головокружения, головных болей, тахикардии, тремора.

**Токсикомании, вызванные снотворными препаратами.** Из снотворных чаще вызывают зависимость производные барбитуровой кислоты. Они наряду со снотворным действием вызывают эйфорию, что нередко и приводит к привыканию. Острая интоксикация снотворными характеризуется говорливостью, повышенной двигательной активностью, ощущением прилива сил, усилением влечений. Хроническая интоксикация сопровождается появлением наряду с эйфорией повышенной раздражительности, затрудненной концентрации внимания, расстройствами памяти. Возникают неврологические нарушения в виде смазанной речи, тремора рук, атаксии. При лишении снотворных воз-

никает абстинентный синдром. В начальной стадии это подавленность, тревожность, беспокойство. В дальнейшем нарастают злобность, дисфоричность. При углублении абстиненции нарастают отклонения вегетативно-сосудистой и нервной систем. Возможны эпилептиформные припадки.

**Лечение.** Терапия симптоматическая и строится по принципу лечения наркоманий.

**Токсикомании, вызванные лекарственными и иными веществами стимулирующего действия,** не отнесенными к наркотическим. При однократном приеме стимуляторов возникают эйфория, двигательная активность, ощущение бодрости и прилива сил. Через несколько часов это состояние сменяется общей угнетенностью, вялостью, разбитостью. Возникает необходимость в приеме повторных доз стимулирующего средства для устранения этого состояния.

Хроническая интоксикация большими дозами стимуляторов характеризуется нарушениями сердечно-сосудистой системы, вегетативными расстройствами, стойкой бессонницей, угрюмостью, подавленностью, сниженным и тоскливым настроением с нередко возникающими суицидальными мыслями. Хроническая интоксикация обуславливает изменения личности, а также зрительные тактильные и сенестопатические галлюцинации. Лечение проводится в стационаре и начинается с одномоментного лишения стимуляторов.

**Токсикомании, вызванные другими психофармакологическими препаратами.** Привыкание возникает при длительном и регулярном приеме так называемых мягких нейрорептиков и некоторых транквилизаторов. При длительном их употреблении могут быть симптом толерантности, абстинентные состояния в виде страха, бессонницы, беспокойства, тремора, что говорит о физической зависимости. Физическая зависимость отмечается также при частом приеме антидепрессантов. Описаны токсикомании от циклодола; превышение его терапевтической дозы может приводить к изменению настроения, а большие дозы вызывают иногда психотические состояния: нарушение сознания с грубой дезориентировкой, галлюцинаторной (галлюцинаторно-бредовой) симптоматикой, выраженным психомоторным возбуждением. Клиника психотических расстройств в целом укладывается в делириозный синдром. Патогномоничным симптомом при данном интоксикационном психозе является расширение зрачков (атропиноподобное действие). Длительность психоза около 2 дней (при массивной дезинтоксикационной, седативной, симптоматической терапии).

**Токсикомании, вызванные летучими ароматическими веществами.** В последние годы регистрируются случаи, особенно среди молодежи, злоупотребления некоторыми летучими ароматическими веществами, а также другими летучими жидкостями, применяемыми в промышленности и быту. Повторное их употребление нередко формирует токсикомании.

Острая интоксикация этими веществами внешне напоминает опьянение: сначала возбуждение, расторможенность, затем сонливость. Нарушается координация движений, появляется нистагм. Все эти симптомы служат диагностическими критериями при определении острого отравления, затем они исчезают.

Длительные токсикомании от летучих химических веществ сказываются на социальном поведении человека

Среди соматоневрологических нарушений встречаются воспаления носоглотки, дыхательных путей, гепатиты, общая астения.

При вдыхании паров бензина появляются легкое головокружение, круги, цветные волны перед глазами, могут возникать зрительные галлюцинации

### Судебно-психиатрическая оценка

Наркомании не только наносят ущерб психическому и физическому здоровью, но и вызывают ряд социальных конфликтов — различные жилищные, брачно-семейные и имущественные дела, касающиеся не только больных, но и членов их семей. Если к страдающим наркоманиями уже применялись (как правило, неоднократно) меры общественного воздействия, не давшие положительного результата, то гражданское законодательство допускает ограничение их дееспособности (ст. 16 ГК РСФСР)

По решению суда ограниченно дееспособным назначается попечитель, без согласия которого они не могут самостоятельно совершать какие-либо имущественные сделки, кроме мелких бытовых дел (ст. 16 ГК РСФСР).

Если ограниченно дееспособный уклоняется от лечения, то попечитель может обратиться в комиссию по борьбе с пьянством и алкоголизмом при исполкомах районных (городских) Советов народных депутатов, которая на основании п. 17 Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 19.06.72 г. возбуждает в суде дело о направлении страдающего наркоманией в лечебно-трудовой профилакторий. Кроме ограничения дееспособности, к таким лицам в связи с различными жилищными, брачно-семейными и имущественными делами применяются и другие меры (ст. 333 ГК РСФСР), а также лишение родительских прав.

Наркоманы весьма часто отказываются от лечения и вместе с тем могут представлять опасность для окружающих и для себя. Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении (ст. 36) предусмотрена возможность принудительного лечения и принудительной госпитализации указанных больных.

В судебно-психиатрической практике нередко приходится устанавливать, находился ли больной наркоманией или токсико-

манией в момент совершения гражданского акта в психотическом состоянии или нет. Сделка, совершенная больным в психотическом состоянии, признается судом недействительной. Наркоманы и токсикоманы с выраженными изменениями психики или слабоумием могут быть признаны недееспособными; в таких случаях над ними судом устанавливается опека. Если наркотиками злоупотребляют лица, страдающие психическими заболеваниями, например шизофренией, эпилепсией и др., их дееспособность зависит от основного заболевания.

Судебно-психиатрическая экспертиза больных наркоманиями назначается при совершении ими правонарушений, обычно связанных с приобретением наркотиков. Лица, страдающие наркоманиями, как правило, признаются вменяемыми. Невменяемость устанавливается в тех редких случаях, когда наркоман совершил правонарушение в психотическом состоянии, развившемся при абстиненции или в результате интоксикации наркотическими средствами, а также при выраженных интеллектуально-мнестических и личностных нарушениях.

Наркоманы, совершившие преступление и признанные вменяемыми, подлежат принудительному лечению в соответствии со ст. 62 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик.

## Глава 21

### ОЛИГОФРЕНИИ

Олигофрения (врожденная умственная отсталость, врожденное слабоумие, умственное недоразвитие) — группа патологических состояний, аномалий развития с врожденным и рано приобретенным нарушением познавательной деятельности, преимущественно в виде интеллектуальной недостаточности. Термин «олигофрения» предложен Е. Краепелин.

Умственная отсталость<sup>1</sup> как форма психической патологии встречается достаточно часто. По данным Дж. Уортиса (1978), около 3% населения земного шара обнаруживают признаки умственного недоразвития. Б. Д. Петраков (1972) пишет, что распространенность олигофрении в США составляет 8:1000, в 15 ведущих капиталистических странах этот показатель колеблется от 2:1000 до 31,2:1000

Н. М. Жариков (1977) отмечает, что распространенность олигофрении среди учтенных психически больных в СССР равна 8,8%. В. Г. Ротштейн (1977) на основании выборочного ис-

<sup>1</sup> Следует отличать врожденную умственную отсталость (олигофрению) как клиническое понятие от задержки умственного развития в результате социально-педагогической запущенности и минимальной мозговой дисфункции по терминологии американских авторов



следования психической заболеваемости в ряде районов страны определяет частоту умственной отсталости в городском населении 1,5 : 1000 и сельском 7,8 : 1000. Относительно большое число умственно отсталых в населении косвенно отражается на частоте их направления на судебно-психиатрическую экспертизу. В связи с этим олигофрени в судебно-психиатрической практике занимают значительное место.

### Клинические проявления

Олигофрению в зависимости от глубины интеллектуального недоразвития принято делить на идиотию, имбецильность и дебильность.

**Идиотия** (греч. *idiotea* — невежество) — наиболее глубокое врожденное слабоумие. Больные с самого раннего возраста обнаруживают резкое отставание в развитии, поздно начинают держать голову, сидеть, ходить. Научившись ходить, они передвигаются неуклюже, без содружественных движений рук и ног. Выражение лица у них обычно бессмысленное, иногда с оттенком довольства или с гримасой злобы. Лицо часто одутловатое, язык толстый. Речь не формируется. Они способны издавать нечленораздельные звуки, отдельные слоги, зачастую повторяя их беспрестанно. По типу насильственных движений могут совершаться и другие моторные акты (маятникообразные движения головой, туловищем, атетозные движения конечностями). Навыками самообслуживания и опрятности они не овладевают. Внешне поведение не мотивировано, могут наблюдаться отдельные импульсивные поступки, агрессия, членовредительство. Преобладает инстинктивная жизнь: прожорливость (больные могут брать в рот несъедобные предметы), открытый упорный онанизм. При идиотии нередко бывает выраженная очаговая неврологическая симптоматика. Больные не могут жить в обычной семейной среде, их помещают в специальные интернаты.

**Имбецильность** (лат. *imbecilis* — слабый) — тупоумие. Начальные периоды развития у этих больных свидетельствуют о значительном отставании. Ходить больные начинают в 2—3 года, у них постепенно, хотя и с большой задержкой, формируется речь. Речь взрослого имбецила отличается крайней бедностью словаря, аграмматизмами, затруднением в построении простых фраз. Пытаясь выразить какую-нибудь мысль, такой больной помогает себе мимикой, жестами, зачастую утрированными и карикатурными. Нередко отмечаются косноязычие, затруднение в произнесении отдельных слов и звуков. Содержание речевой продукции обычно очень примитивно и сводится к просьбам об удовлетворении простейших желаний и потребностей. Моторика неразвита. Движения угловаты, плохо координированы. Мелкими точными ручными двигательными актами они не овладевают. Походка обычно неуклюжая, скованная,

сгорбленная. Выражение лица тупое, без тонкой мимической игры, мигание редкое. У многих больных отмечаются выраженные врожденные стигмы (приросшие мочки, оттопыренные уши, грубое строение лицевого черепа, дефектный прикус, гидроцефальный или микроцефальный череп и т. д.), а также очаговые неврологические симптомы. Такие больные овладевают навыками опрятности, способны к элементарному самообслуживанию. При обучении они могут научиться считать с опорой на конкретные признаки (на пальцах, отдельных предметах) в пределах десятка, различать монеты и бумажные деньги, называть знакомые предметы на картинках. Однако читать, писать, составить последовательный рассказ в серии сюжетных рисунков они не могут. Им сильны некоторые трудовые навыки: под контролем они могут убрать квартиру, подмести и вымыть пол и т. д. Иногда больные занимаются этим охотно, с роботоподобной настойчивостью, гордятся своими успехами и проявляют гнев вплоть до агрессии, если кто-нибудь насорит в убранный ими комнате. Их интересы ограничены лишь удовлетворением низших потребностей. Фон настроения чаще благодушный, но может прерываться малообъяснимыми вспышками гнева с агрессией, иногда крайне жестокой. В некоторых случаях у таких больных отмечаются расстройства сексуального влечения, хотя в целом оно снижено. В период сексуального возбуждения они могут нападать на женщин с целью изнасилования, но особенно часто совершают опасные сексуальные действия в отношении малолетних девочек и мальчиков. Изредка такие лица сами становятся жертвами. Среди направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу больных с имбецильностью немного.

**Дебильность** (лат. *debilis* — слабый, хилый) — легкая степень олигофрении. Такие больные с детства обнаруживают отставание в развитии, позже начинают ходить, говорить. Фразовая речь формируется к 3—4 годам. Зачастую у них долго отмечаются дефекты артикуляции. Иногда они поступают в массовую школу, но учатся очень плохо, не могут полноценно осмыслить даже простой учебный материал. Вместе с тем неплохая механическая память, усидчивость и настойчивые усилия педагогов позволяют некоторым больным усвоить школьную программу начальных классов, но с обучением в средних классах они не справляются. Многих приходится оставлять на второй год в 1—2-х классах, поэтому при дебильности рекомендуется обучение во вспомогательных школах.

Такие лица способны овладеть тем или иным видом труда, чаще неквалифицированного, трудовые процессы они выполняют механически, зачастую подражательно. Интересы больных узки, сосредоточены главным образом на удовлетворении физиологических потребностей, развлечениях, их не занимает жизнь коллектива, а тем более отвлеченные вопросы, события. Даже при удовлетворительном навыке чтения они почти не чи-

тают книг, за исключением сказок, предпочитают посещать кино, смотреть телевизор. Выбор фильмов и телепрограмм случайный, в основном это детские и приключенческие ленты.

В отличие от имбецилов эти больные нередко могут обобщать полученный опыт, делать несложные умозаключения и практические выводы. В некоторых жизненных ситуациях, используя накопленный опыт, такие лица проявляют достаточную целенаправленность и активность. При дебильности преобладает конкретно-образное мышление.

Дебильность, как и олигофрению в целом, в зависимости от глубины интеллектуальной недостаточности принято делить на глубокую, среднюю — умеренно выраженную и легкую.

Выделяют также, преимущественно за рубежом, пограничную умственную отсталость. В советской психиатрии и дефектологии предпочитают говорить о задержке психического развития, подчеркивая обратимость, возможность компенсации интеллектуального дефекта в этих случаях [Лебединская К. С., 1980]. Для лиц с задержкой психического развития характерны бедность словарного запаса, трудность в формировании своих мыслей, зачастую склонность к неправильному, недисциплинированному поведению в старших классах школы. При неплохой ручной умелости такие подростки справляются с учебными заданиями путем механического заучивания. В отличие от дебилов им доступно чувство юмора, у них значительно меньшая внушаемость. В формировании пограничной умственной отсталости ведущая роль принадлежит неблагоприятным средовым факторам. По данным В. Х. Абрамович (1980), 40% таких подростков были из неполных семей, у 25,6% отмечались конфликты между родителями, у 44,1% родители страдали алкоголизмом.

Задержку психического развития следует рассматривать вне рамок олигофрении, как своеобразный дизонтогенез, имеющий иные происхождение и исход, чем врожденная умственная отсталость.

О. Е. Фрейеров (1964) указывал, что чем менее глубока дебильность, тем большим числом слов и понятий оперирует больной. Однако речь может быть резко дефектной и при небольшой дебильности. Иногда больной многословен, его речь довольно быстрая, но при анализе выявляются бедный словарный запас, многократное повторение одних и тех же штампованных фраз.

Изменения критических способностей при дебильности различны. При легкой дебильности нередко сохраняются достаточная критическая оценка несложных ситуаций, возможных последствий своих поступков, понимание общепринятых норм поведения и требований закона. Мнестические функции обычно недостаточны, но возможна хорошая механическая память: больные запоминают даты, факты, но использовать эти знания не в состоянии. Внимание у больных также нарушено.

Особое место среди клинических признаков дебильности занимают повышенная внушаемость и подчиняемость, вследствие чего такие лица легко поддаются под влияние других, соглашаются с любыми предложениями окружающих, отвечают в зависимости от наводящих вопросов.

Интеллектуальная недостаточность при дебильности обычно сочетается с эмоциональными и волевыми нарушениями. В зависимости от их выраженности выделяют «простой» тип дебильности [Певзнер М. С., 1963], при котором эмоционально-волевые расстройства незначительны, гипердинамический (эретический) и гиподинамический (торпидный) типы [Фрейеров О. Е., 1964]. Гипердинамическому типу свойственны расторможенность, двигательное беспокойство, безмотивные аффективные разряды. При гиподинамическом типе отмечается общая заторможенность психических процессов. Д. Н. Исаев (1971) выделяет у детей-олигофренов в зависимости от эмоционально-волевых проявлений астеническую, атоническую, дисфорическую и стеническую формы. Специальный анализ эмоционально-волевых расстройств при дебильности позволил в рамках этих основных типов обнаружить ряд характерных вариантов расстройств, имеющих особое значение для судебно-экспертной оценки [Чуркин А. А., 1980].

Описывается мориоподобный (эйфорический) вариант: больные беспечно-благодарны, безмятежны, но безынициативны, пассивно подчиняемы. Иногда они склонны к примитивным однообразным фантазиям, касающимся их узких интересов. На фоне постоянного довольства и повышенного настроения они могут становиться гневливыми, злобными.

Апатико-абулический вариант с низкой способностью к психическому напряжению, психомоторной заторможенностью, слабостью побуждений, иногда до аспонтанности. Вялость, бездеятельность наряду с повышенной подчиняемостью в ряде случаев позволяют таким лицам довольно успешно учиться во вспомогательных школах, они овладевают несложными навыками и могут трудиться под присмотром своих близких или в лечебно-трудовых мастерских.

Дисфорический вариант с частыми аутохтонно возникающими расстройствами аффекта с расторможенностью, возбудимостью, неусидчивостью, иногда гиперсексуальностью. У взрослых дебилов дисфории могут возникать и вслед за психогенным или соматогенным воздействием. Выделяются также сходные с психопатиями варианты с преобладанием эксплозивной, истерической и тормозимой симптоматики.

Наконец, в рамках эмоционально-волевых расстройств при дебильности нередко нарушения влечений. Могут встречаться пиромании, реже — вагабондаж (дромомания) и достаточно часто — патология сексуального влечения. Обострение этих проявлений в пубертатном периоде нередко приводит к опасным действиям или непредсказуемому поведению таких больных.

Разделение больных по эмоциональным и волевым проявлениям правомерно не только с клинических позиций, но и на основании экспериментального исследования высшей нервной деятельности. С возрастом отмеченные эмоциональные и волевые нарушения могут стать более выраженными или, наоборот, смягчиться.

**Динамика олигофрений.** Олигофрении прежде считались стабильными, неизменяемыми состояниями. Их расценивали как необратимый дефект, сравнивая с «ампутационной культей» [Витке О., 1929]. Советские авторы, изучавшие взрослых олигофренов, их адаптационные способности и последующую судьбу [Фрейеров О. Е., 1965; Мелехов Д. Е., 1967], указывали на возможность их приспособления к жизни, эволютивную динамику [Сухарева Г. Е., 1974], зачастую положительную. Степень умственной отсталости определяется не только тяжестью поражения мозга. Правильно организованная система медицинских, педагогических и воспитательных мероприятий позволяет добиться той или иной компенсации умственной недостаточности. В этом отношении богатый опыт накоплен советскими дефектологами, создавшими комплекс медико-педагогических способов преодоления интеллектуального дефекта. Больные овладевают элементарными знаниями (чтение, письмо, счет), несложными практическими навыками, достигается их трудовое приспособление на различном уровне.

Отсутствие положительного влияния окружающей среды, недостаточность речевого контакта, внимания и заботы, попыток обучения иногда обуславливают внешние проявления более тяжелой умственной недостаточности, чем вызываемая имеющимся поражением мозга.

Исследуя катамнестически большую группу олигофренов с дебильностью, совершивших общественно опасные действия в юношеском и молодом возрасте, А. А. Чуркин (1980) показал, что почти все они более или менее успешно (за исключением больных с мориоподобным типом эмоционально-волевых расстройств) приспособились к жизни. Многие имели семью, трудились (от обычного производства до лечебно-трудовых мастерских психоневрологических диспансеров). Вместе с тем автор отметил своеобразную особенность — раннее постарение этих больных с развитием явных признаков атеросклероза головного мозга к 40—45 годам.

**Декомпенсации.** Относительно благоприятное течение олигофрении нередко прерывается декомпенсацией. Под понятием «декомпенсация» при олигофрении (дебильности) подразумевается временное усиление проявлений умственной недостаточности, обострение эмоционально-волевых расстройств, нарушающих адаптацию, в результате воздействия психогенных и соматогенных факторов. Одним из проявлений психогенной декомпенсации является реакция растерянности дебильных личностей в трудных ситуациях, требующих интеллектуальной гиб-

кости, волевого контроля. Такие реакции описывались Н. И. Фелинской (1950) в судебно-следственной ситуации как у обвиняемых, так и у потерпевших. Для реакции растерянности характерна временная дезорганизация психической деятельности, причем больные производят впечатление значительно более слабоумных, чем они были до происшествия. Их поведение становится хаотичным, ответы на вопросы нелепые, случайные. Больные недостаточно четко ориентируются в сложившейся обстановке. При разрешении ситуации состояние больных довольно быстро возвращается к прежнему уровню. Надо отметить, что некоторые авторы понимают декомпенсации при олигофрении шире, включая в них и психотические состояния, особенно при экзогенно-органических олигофрениях [Голодец Р. Г., Сухотина Н. К., 1981].

**Психозы.** Кроме декомпенсаций, у олигофренов иногда возникают временные болезненные состояния с атипичной для этого заболевания психопатологической симптоматикой. У больных олигофренией описывались психозы [Сухарева Г. Е., 1955; Luther A., 1913; Medow W., 1925, и др.]. Психозы возникают в результате воздействия различных патогенных факторов, чаще психотравмирующих ситуаций, изредка спонтанно, вероятно, под влиянием ликвородинамических нарушений. Это параноидные и ипохондрические синдромы, дисфорические состояния, галлюцинозы и расстройства сознания, реактивные состояния.

Бредовые состояния отличаются простотой, ярко-образной окраской патологической продукции, отсутствием систематизации параноидных переживаний. Чаще наблюдаются нестойкие идеи отношения и преследования. Ипохондрические синдромы близки по структуре к параноидным. При них прослеживаются относительно стойкие нелепые опасения за свое здоровье с оттенком тревожности и пониженным фоном настроения. Дисфорические состояния характеризуются периодически возникающими безмотивными тоскливо-злобными расстройствами аффекта с подозрительностью и иногда недостаточно четким восприятием и оценкой окружающего. Зачастую такое состояние приводит к бурному аффективному разряду, напоминающему истерический припадок. Кратковременные галлюцинозы возникают значительно реже и проявляются в элементарных слуховых и зрительных галлюцинациях. Расстройства сознания по особенностям и глубине могут приближаться к сумеречным состояниям эпилептического генеза. Возможны и истерические нарушения сознания.

**Реактивные состояния.** Особое место среди психозов при олигофрении занимают реактивные состояния. В их происхождении имеет значение взаимодействие патологически измененной почвы и психической травмы. Олигофрения предрасполагает к психогенным расстройствам и накладывает отпечаток на их клиническую картину. Чем глубже дебильность, тем более примитивно и фрагментарно оформление реактивного со-

стояния. Характерна также неадекватность травмирующей причины и ее последствий.

Психогенные расстройства при олигофрениях изучены преимущественно в судебно-психиатрической клинике [Введенский И. Н., 1940; Фрейеров О. Е., 1959, и др.]. Их объединяют бедность психопатологической симптоматики, затяжное течение, преобладание заторможенности на фоне страха, тревоги и растерянности. Реактивные состояния у олигофренов имеют склонность к повторению в сходных клинических картинах в случаях новой травмирующей ситуации. Чаще встречаются истерические реакции, тревожно-депрессивный, кататоноподобный, псевдодементный и пуэрильный психогенные синдромы.

Истерические реакции у дебильных личностей — наиболее легкие, поверхностные проявления психогенных расстройств. Они состоят в склонности к аффективным вспышкам, слезам, «истерикам», иногда отмечаются ярко окрашенные отрывочные зрительные и реже слуховые галлюцинации, отражающие травмирующую ситуацию. Могут быть, хотя в настоящее время это исключительная редкость, двигательные моносимптомы истерии.

Тревожно-депрессивный синдром, по данным О. Е. Фрейерова, чаще возникает у олигофренов гиподинамической группы и выражается в растерянности, тоске, тревоге, невыносимости к сильным раздражителям, ипохондрических жалобах. Иногда при этом возникают элементарные, нестойкие идеи отношения. С течением времени страх и тревога несколько отступают и все больше выявляются признаки монотонной депрессии. И. Н. Введенский подчеркивал, что глубина депрессии связана со степенью интеллектуального дефекта: чем глубже умственная недостаточность, тем уплощеннее и однообразнее картина депрессии.

Кататоноподобные реактивные состояния близки к реактивному ступору и склонны затягиваться. У больных нередко встречается ряд кататонических симптомов: негативизм, стереотипии, персеверации, изредка элементы восковой гибкости. Кататоноподобные реактивные состояния у страдающих олигофренией О. Е. Фрейеров условно разделял на две группы: с преобладанием психомоторной заторможенности и с явлениями «регресса личности» [Бунеев А. Н., 1950], «синдромом одичания» [Чибисов Ю. К., 1966]. При явлениях регресса личности больные неопрятны, сопротивляются мытью и гигиеническим мероприятиям, хватают пищу руками, обмазываются нечистотами, поедают их и т. п. Речевой контакт очень затруднен, иногда на все вопросы больной дает один и тот же неправильный ответ. В настоящее время этот вариант реактивных состояний встречается крайне редко.

При псевдодеменции на первый план выступают нелепые ответы больных. К ним присоединяются подавленность с оттенком гневливости и злобы, легкие пуэрильные черты, отрывочные бредоподобные высказывания. У больных с гипердинамическим

вариантом олигофрении возможно возникновение пуэрилизма, который проявляется в страхе, тревоге, отрывочных и бедных высказываниях, отсутствии творчества и фантазии при «детских» играх и шалостях. И. Н. Введенский по этому поводу замечал, что развитие пуэрилизма требует большой гибкости психики и поэтому он относительно редок при олигофрении.

Зачастую реактивные состояния при олигофрении не имеют четкой синдромологической очерченности и проявляются в виде заторможенности с элементами абулии, ипохондрических жалоб и др.

### **Диагностика и дифференциальная диагностика**

Диагноз олигофрении чаще всего не вызывает особых трудностей у клиницистов. Анамнестические сведения о задержке психического и физического развития в детстве, данные о неспособности к усвоению школьной программы, об обучении во вспомогательной школе позволяют предположить дебильность. Клинико-психопатологический метод дает возможность четко определить расстройство познавательной функции интеллекта (малый объем знаний, неспособность оперировать имеющимися знаниями, недостаточная умелость и пр.). Довольно легко выявляются различные эмоционально-волевые нарушения. Из дополнительных методов обследования особое значение имеют патопсихологические, многие из которых касаются выяснения степени интеллектуальной недостаточности. Применяют методики исследования мышления (предметная классификация, методики исключения, сравнения понятий, объяснение пословиц и метафор, установление последовательности событий по серии рисунков, ассоциативный эксперимент); памяти (заучивание 10 слов, коротких рассказов, метод пиктограмм); навыков счетных операций, уровня притязаний, самооценки, критических способностей. Метод Векслера, несмотря на критическое отношение к тестам, принятое в отечественной литературе, достаточно информативен и дает в сочетании с другими патопсихологическими методиками отчетливое представление о степени интеллектуальной недостаточности.

Для диагностики олигофрений имеют значение данные неврологического обследования больного. В ряде случаев целесообразны биологические исследования, уточняющие генез олигофрении (пробы на токсоплазмоз, конгенитальный сифилис и др.), исследования полового хроматина, кариотипа, выяснение генеалогических данных больного.

Дифференциальная диагностика зачастую проводится с ранним органическим поражением головного мозга. Она весьма затруднительна. В. А. Гурьева и Э. А. Бурелов (1977) считают, что в отличие от олигофрении для органических поражений характерны психоорганический синдром, выраженность церебральных нарушений, больший полиморфизм клинической картины, очерченные психопатоподобные состояния.



Реже, особенно при апатико-абулических проявлениях, возникает необходимость дифференцировать олигофрению с шизофренией. При олигофрении сохраняются определенная адекватность ситуации и влияние средовых воздействий. Недостаточность волевого напряжения у таких лиц удается корригировать психотерапевтическими воздействиями. Олигофрены под влиянием окружающих могут действовать целенаправленно. Бездеятельность, пассивность сменяются у них периодами расторможенности влечений с появлением примитивных интересов, связанных с инстинктивной деятельностью. У больных шизофренией отмечается истинное аутистическое поведение, абулия у них может быть уменьшена в результате медикаментозной терапии, их эмоциональные реакции более паратимические. Наконец, в рамках шизофрении могут возникать различные продуктивные расстройства, не свойственные олигофрении.

### Вопросы этиологии и патогенеза

К настоящему времени с достаточной убедительностью можно различать два основных фактора в происхождении умственной отсталости: генетический и экзогенный — антенатальное поражение мозга. Г. Е. Сухарева и ее последователи считают, что различные повреждения головного мозга ребенка до 3-летнего возраста, в том числе родовая травма, инфекционные заболевания, черепно-мозговая травма в младенчестве и другие причины, могут обусловить задержку умственного развития и привести к олигофрении. При антенатальном повреждении умственная отсталость тем тяжелее, чем на более ранних этапах был поражен плод [Иваницкий А. М., 1976, и др.].

Генетически детерминированные олигофрениы чрезвычайно разнообразны. До 200 наследственных заболеваний сопровождается умственной отсталостью. Наследственные дифференцированные олигофрениы отличаются обычно значительной глубиной умственного недоразвития, сопровождаются различными грубыми неврологическими расстройствами, соматическими нарушениями и уродствами. Выделяются моногенно наследуемые олигофрениы, обусловленные дефектами обмена (галактоземия, фенилкетонурия, гомоцистинурия и др.); олигофрениы с чертами дисэмбриогенеза, в том числе в результате хромосомных aberrаций (синдром Дауна, Шерешевского — Тернера), и олигофрениы вследствие заболевания плода (рубеолярная эмбриопатия).

Тяжесть расстройств, редкость этих патологических состояний (около 20% среди умственно отсталых лиц с моногенной и хромосомной патологией), наконец, относительная непродолжительность жизни таких больных практически лишают дифференцированные олигофрениы судебно-психиатрического значения.

Группа недифференцированных олигофрений включает больных, у которых не удается выявить серьезного повреждения мозга. Интеллектуальный дефект не прогрессирует. Общепринято представление о полигенном, мультифакторном наследовании недифференцированной олигофрении [Лебедев Б. В., Маринчева Г. С., Краснопольская К. Д., 1977; Penrose L. S., 1963; Zellwager H., 1963; Dakcham A., 1970]. Лишь Л. Г. Калмыкова (1975) выдвигает предположение о мономерно-доминантном с варибельной пенетрантностью и экспрессивностью типе наследования недифференцированной олигофрении, ссылаясь на значительное число умственно отсталых в инбредных семьях.

Степень интеллектуального недоразвития при недифференцированной олигофрении различна. В его формировании принимают участие и средовые факторы. Абсолютное большинство наблюдаемых в условиях судебно-психиатрической экспертизы больных олигофренией страдают недифференцированными формами.

### Судебно-психиатрическая оценка

Лица, страдающие олигофренией, составляют около 8% направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу; обычно это обвиняемые, но могут быть и потерпевшие, истцы и ответчики.

**Экспертиза обвиняемых и осужденных.** При судебно-психиатрической экспертизе больных олигофренией чаще всего требуется определить вменяемость обследуемого. Идиотия и имбецильность всегда обуславливают невменяемость, но такие больные встречаются в практике экспертизы исключительно редко. Эксперту-психиатру приходится иметь дело лишь с дебильными личностями.

Оценка вменяемости при дебильности сложна и неоднозначна, вместе с тем среди правонарушителей умственно отсталые встречаются нередко. В. П. Емельянов (1980) отмечает, что среди вменяемых несовершеннолетних правонарушителей с психическими аномалиями 60% дебильных личностей. По его данным, они совершают имущественные правонарушения, не связанные с насилием. Ю. М. Антонян, М. В. Виноградов, В. А. Голумб (1979) считают, что среди преступников лиц с олигофренией в 14—15 раз больше, чем в популяции. Возможно, эти данные преувеличены, так как авторы пользовались главным образом тестами без клинико-психопатологического обследования, однако они безусловно свидетельствуют о важной роли олигофрении в судебной психиатрии. Убедительных данных о преимущественной склонности дебильных личностей к тем или иным криминальным действиям нет. Экспертный опыт говорит о том, что они часто совершают кражи, угоны транспортных средств; насильственные действия бывают реже.

При решении вопроса о вменяемости умственно отсталых главное место занимает выяснение интеллектуальной недостаточности. Вместе с тем нужно учитывать способность обследуемого к компенсации имеющегося дефекта, возможность ориентироваться в практических житейских делах, сохранность адаптации. Особое место принадлежит эмоционально-волевым расстройствам, которые зачастую усугубляют имеющийся психический дефект и мешают отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Для оценки степени психических нарушений при дебильности имеет значение не столько недостаточный объем знаний и представлений у подэкспертного, сколько такие важные клинические признаки, как слабость суждений и особенно нарушений критики.

Кроме того, эксперт выявляет наличие и выраженность типичных для дебильности психопатологических нарушений: повышенной внушаемости и подчиняемости, нарушения внимания, расстройств памяти, примитивности и недифференцированности эмоций, импульсивности действий и т. д. Необходимо выяснить способность больного ориентироваться в конкретной ситуации, активность и целенаправленность в поступках, приспособляемость к новым условиям, способность участвовать в трудовой деятельности.

Обследуемый И., 22 лет, обвиняется в изнасиловании

Наследственность не отягощена. В детстве перенес пневмонию, диспепсию, корь, дизентерию в тяжелой форме. Отставал в психическом развитии. Был вспыльчивым, драчливым. В школе с 8 лет, дважды оставался на полторный курс в 1-м классе, переведен во вспомогательную школу. На уроках неусидчив, расторможен. Дома груб, агрессивен по отношению к матери, часто убегает из дома, совершал мелкие кражи, в связи с чем состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. С 14 лет находился под наблюдением психоневрологического диспансера с диагнозом олигофрения в степени дебильности. Окончив 6 классов вспомогательной школы, работал кровельщиком. К работе относился недобросовестно, допускал прогулы, употреблял спиртные напитки. В 20 лет женился, имеет дочь. В алкогольном опьянении совершил изнасилование гр. А.

Психическое состояние во время беседы несколько развязан, не ощущает дистанции, раздражителен, обидчив. Сведения излагает последовательно, фиксирует внимание врача на том, что состоит на учете у психиатра. При этом старается показать себя «тяжелобольным», просит помочь ему. Словарный запас ограничен, объем знаний и представлений бедный, вместе с тем хорошо ориентируется в практических вопросах. Мышление конкретного типа, достаточно последовательное, логичное. Склонен к аггравации своей интеллектуальной ограниченности. Правонарушение не отрицает, но ссылается на забывание некоторых своих действий, пытается уверить, что у него в период правонарушения «что-то случилось с головой». Вместе с тем сожалеет о содеянном, понимает противоправность и наказуемость своих действий, озабочен исходом дела. В отделении склонен к нарушению режима, конфликтует с медперсоналом, но при замечании легко корригирует свое поведение.

Заключение: олигофрения в степени легкой дебильности; вменяем.

О. Е. Фрейеров подчеркивал, что при решении вопроса о вменяемости в случаях дебильности следует учитывать и харак-

тер совершенного преступления, и условия, в которых оно было совершено. Иногда больные понимают те требования закона, где не нужна сложная интеллектуальная оценка: нельзя воровать, убивать, поджигать и т. д. Положения, основанные на более сложных отношениях и умозаключениях, могут оказаться недоступными для их понимания, особенно в необычных или трудных условиях. Некоторые правонарушения непосредственно связаны с повышенной внушаемостью больных.

Определение вменяемости — невменяемости при различных эмоционально-волевых расстройствах неодинаково. Так, мориоподобное (эйфорическое) и апатико-абулическое состояние свидетельствует о значительной глубине дебильности и влечет за собой признание невменяемыми. Дисфорические расстройства, если они аутохтонны, приближаются к органическим нарушениям сознания и также указывают на глубокую дебильность. В случаях явной зависимости дисфорий от внешних влияний, истериформного их оформления больные могут признаваться вменяемыми. При эксплозивном, истероподобном и астеническом вариантах эмоционально-волевых расстройств приблизительно в половине случаев больные признаются невменяемыми; чаще это имеет место при астенических нарушениях, когда наиболее выраженной оказывается патологически повышенная внушаемость и подчиняемость.

Иными словами, выраженные эмоционально-волевые нарушения, усугубляя интеллектуальную недостаточность, при общей отрицательной динамике и неудовлетворительной социальной адаптации свидетельствуют о глубокой дебильности и дают основание считать обследуемых невменяемыми.

Обследуемый В., 23 лет, обвиняется в убийстве 3-летнего племянника.

Отец умственно отсталый, сестра больна эпилепсией В отставал в психическом и физическом развитии, рос тихим, замкнутым В школе с 9 лет, материал не усваивал, в 1-м и 2-м классах оставался на второй год, в дальнейшем с трудом переходил из класса в класс Окончив 8 классов, поступил в ПТУ, но учиться не смог, так как не справлялся с программой В последующем не работал, в 19 лет установлена инвалидность II группы, дома помогал матери по хозяйству Родственники характеризуют его трудолюбивым, но вспыльчивым, злобным, иногда у него отмечались «вспышки ярости», во время которых он избивал членов семьи В день правонарушения ожидал получения пенсии, был напряженным, злобным, бранил почтальона, который не принес деньги. В это время его 3-летний племянник попросил хлеба и воды, в ответ на это В. стал избивать ребенка руками, ногами, бил его головой о стену

Психическое состояние: во время беседы сидит в однообразной позе, опустив голову, при обращении к нему иногда робко улыбается Движения замедленные, угловатые, неуклюжие. Сведения о себе сообщает кратко, непоследовательно, после настойчивых расспросов говорит простыми, короткими фразами Речь бедна, запас общеобразовательных сведений скудный; едва читает по слогам, простые арифметические действия выполняет с ошибками, не улавливает переносного смысла пословиц и поговорок. При расспросах о правонарушении не высказывает сожаления о смерти племянника, не испытывает чувства вины, заявляет, что был очень зол на почтальона, который не принес пенсию, а племянник попался под «горячую руку» Обнаруживает повышенную внушаемость, стереотипно повторяет все, что говорят другие.

При шуме в палате, резком замечании пугается, становится растерянным, беспомощным, не может произнести ни одного слова, долго не успокаивается.

Заключение: олигофрения в степени выраженной дебильности с дисфорическими расстройствами; невменяем.

**Аггравация при олигофрении.** Еще А. В. Говсеев (1894) обратил внимание на «парадоксальный факт, когда действительно слабоумные при случае симулируют слабоумие». Возможны случаи истинной симуляции, при которых умственно отсталые изображают симптомы, обычно не свойственные олигофрении (жалуются на «голоса», «припадки» и т. д.).

При интеллектуальной недостаточности обследуемого бывает трудно выяснить, в какой мере он усиливает свой интеллектуальный дефект. Слабоумие могут иногда агgravировать лица с глубокой олигофренией, которые, несмотря на явное притворство, по своему психическому состоянию признаются невменяемыми. Чем наивнее, нелепее и обнаженнее симуляция (аггравация), тем глубже дебильность. Нередко сама такая тенденция к «симуляции» позволяет эксперту сделать правильное заключение о тяжести имеющихся психических нарушений.

При повторной экспертизе страдающего дебильностью (по новому делу) часто изменяется прежнее экспертное заключение о невменяемости и он признается вменяемым. Такой подход обусловлен представлениями об олигофрении как о динамическом состоянии, о возможности компенсации дефекта и удовлетворительной приспособляемости таких лиц.

Стойкая аномалия психики у обвиняемых с олигофренией позволяет рекомендовать в соответствии с ч. 2 ст. 47 УПК РСФСР участие защитника с момента предъявления обвинения для более полной гарантии прав таких психически неполноценных, хотя и вменяемых подсудимых.

**Меры медицинского характера** в отношении невменяемых олигофренов должны быть дифференцированными. Следует учитывать глубину интеллектуальной недостаточности, выраженность и характер эмоционально-волевых расстройств, особенности и повторность правонарушений. Лица с эксплозивными, дисфорическими нарушениями склонны к повторным опасным действиям, их поведение плохо корригируется, поэтому следует рекомендовать направление таких больных на принудительное лечение в специальные психиатрические больницы. Такие же меры следует принимать в отношении дебильных личностей с расстройствами влечений, особенно сексуальных, поскольку опасные действия они зачастую совершают многократно при явном снижении способности регулировать свое поведение.

При иных типах нарушений эмоционально-волевой сферы применяют принудительное лечение в общих психиатрических больницах и иногда лечение на общих основаниях. Тяжесть расстройств при мориоподобном и апатико-абулическом состояниях, осложняющих олигофрению, позволяет предлагать пере-

вод таких лиц после лечения в психоневрологические интернаты министерств социального обеспечения.

Во время принудительного лечения наряду с симптоматической терапией необходимо применение средств, направленных на «органический радикал» олигофрении (церебролизин, аминалон, пирацетам, стугерон и др.), и широких медико-реабилитационных и коррекционных мероприятий. Показанием к прекращению или изменению вида принудительного лечения при олигофрении следует считать снижение активности, редукцию осложняющих состояние эмоционально-волевых расстройств.

**Экспертиза потерпевших и свидетелей** является одним из относительно частых видов судебно-психиатрического освидетельствования при олигофрении. Около половины всех таких экспертиз касаются дебильных личностей. Особенно часто дебильные личности встречаются среди потерпевших по сексуальным делам. Это связано с повышенной виктимностью умственно отсталых девушек, которые из-за снижения критики и усиленного полового влечения нередко становятся жертвами сексуального посягательства, а нередко сами провоцируют его.

Способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания связана с глубиной интеллектуального дефекта и особенностями эмоционально-волевых расстройств. Глубокая дебильность предопределяет невозможность участия в судебно-следственных действиях в качестве потерпевшей. При вынесении подобного решения экспертам целесообразно указывать на беспомощное состояние такой жертвы преступления. Легкая неосложненная дебильность обычно не препятствует выступать в качестве потерпевшей (свидетеля). Выраженные психопатоподобные нарушения с фантазированием, лживостью, расстройствами влечения обычно не позволяют правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Так же расценивается состояние большинства больных с гиподинамическим вариантом дебильности, у которых отмечается патологическая повышенная внушаемость и подчиняемость. Во всех таких наблюдениях часто бывают оговоры и самооговоры больных, их показания изменчивы, зависят от содержания, тона вопроса, влияния лиц, присутствующих во время следствия. Судебно-психиатрическое освидетельствование свидетелей, страдающих олигофренией, встречается реже, чем потерпевших; критерии экспертной оценки их аналогичны приведенным выше. Однако требования к экспертизе потерпевших более строгие, чем в отношении свидетелей в связи с особой ролью потерпевшего в судебно-следственном процессе, необходимостью не только описать события, но и дать им критическую оценку, регулировать свое поведение в сложных условиях судебного заседания.

**Экспертиза в гражданском процессе** при олигофрении чаще проводится для учреждения опеки над недееспособным в соот-

ветствии со ст. 15 ГК РСФСР. Все больные с идиотией и имбецильностью должны признаваться недееспособными с назначением опеки. В отношении дебильных личностей показатели недееспособности близки к критериям невменяемости и зависят от глубины интеллектуальной недостаточности и выраженности эмоционально-волевых расстройств. В случаях легкой и умеренно выраженной неосложненной дебильности можно говорить о сохранности возможности понимать значение своих действий и руководить ими.

Реже возникают вопросы о действительности тех или иных сделок, совершенных дебильными личностями. Иногда характер самого акта свидетельствует о его непродуманности, нелогичности, когда сделка ущемляет материальные интересы больного. В этих случаях наряду с анализом критических способностей умственно отсталого необходимо выяснить его внушаемость и подчиняемость, подверженность постороннему влиянию. Эти признаки свидетельствуют о глубине олигофрении, а иногда о временном ухудшении состояния типа растерянности. Согласно ст. 56 ГК РСФСР, сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими, признается судом недействительной.

## Глава 22

### ПСИХОПАТИИ

Психопатия — стойкая аномалия личности с дисгармонией эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным, мышлением. Психопатические особенности проявляются в детстве или юности и без значительных изменений сохраняются в течение всей жизни, они пронизывают всю личность, определяют ее структуру и обычно препятствуют полноценному приспособлению личности к окружающей среде. Так называемая триада признаков психопатии П. Б. Ганнушкина — тотальность, стойкость характерологических нарушений и изменения социальной адаптации — имеет особое значение в судебной психиатрии, где диагностические критерии должны быть особенно четкими.

#### Краткие исторические сведения

Развитие психиатрии в конце XIX — начале XX века привело к появлению нозологической систематики психических расстройств и выделению различных характерологических нарушений. В этот период появляются термины «психопатия», «психопатическая конституция». Приоритет в описании психопатических личностей установить чрезвычайно трудно. Немецкая психиатрическая традиция связывает его с именем J. Koch, который в 90-х годах выпустил книгу «Ненормальные характеры» (русский перевод 1904 г.). Англо-

язычные психиатры считают основоположниками представлений о психопатиях J. C. Prichard с его учением о моральном помешательстве (1835) и Н. Maudsley, который описал «душевнобольщенный темперамент» в 1871 г. Французская психиатрия отдает предпочтение V. Magnan, в частности известной книге V. Magnan и Legrain «Вырождающиеся» как одному из первых описаний психопатий, и некоторым высказываниям P. Janet в его исследованиях о неврозах и фиксированных идеях.

Отечественные ученые полагают, что в России понятие психопатии выкристаллизовалось в 80—90-х годах прошлого века, когда после судебной реформы 1864 г. были введены суд присяжных и гласность судопроизводства. Это обстоятельство привело к учащению судебно-психиатрических экспертиз, которые проводились ведущими психиатрами И. М. Балинским, О. Чечотом, В. Х. Кандинским, С. С. Корсаковым и др. В описаниях конкретных судебно-экспертных случаев появляется и обосновывается понятие психопатии. В 1886 г. В. М. Бехтерев опубликовал первое специальное исследование о психопатических личностях на русском языке «Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и ее отношение ко вменению».

Вместе с тем еще Ph Pinel во «Врачебно-философском начертании душевных болезней» (1801) писал «Я сам был немало удивлен, видя, что многие сумасшедшие ни в какое время не показывают никакого повреждения умственных способностей, как будто бы повреждены были одни только страсти». О странных характерах упоминали в начале прошлого века основоположник североамериканской психиатрии В. Rush (1812) и др. [Герцог Ф. И., 1846; Пушкирев А. Н., 1848; Snedecki I., 1822].

В России термин «психопатия» благодаря отчетам в прессе о судебных процессах сразу же стал широко употребительным. Так, уже в 1885 г. известный писатель Н. А. Лесков опубликовал очерк «Старинные психопаты», в котором с большой убедительностью описывает помещика-самодура и его жену с необычными, странными характерами. Понятие «психопат» в современном значении этого слова употреблял в своих рассказах и А. П. Чехов.

Все сказанное свидетельствует о том, что к концу XIX века сложились условия для выделения патологии личности из всей массы психических расстройств. Очевидно, что это обуславливалось не только накоплением знаний о характерологических нарушениях, но и стремлением к созданию нозологической систематики психических болезней, к более точным дефинициям в области психиатрии. Полученные данные позволили Е. Краепелин в 7-м издании руководства по психиатрии (1904) описать самостоятельную форму психической патологии — психопатию, а С. С. Корсакову в 1901 г. выделить «прирожденные психопатические конституции» в специальном разделе книги «Курс психиатрии». С. С. Корсаков подразумевал под ними болезненное расстройство психической деятельности, которое заключается в большей или меньшей недостаточности в психических проявлениях, в неуравновешенности душевного строя, в его дисгармонии и обуславливается или наследственностью, или условиями, влияющими на развитие мозга во внутриутробном периоде. Определенную роль могут играть внешние факторы (неправильное воспитание, алкоголизм, тяжкие соматические заболевания). Эти состояния длительные, они находятся на границе между здоровьем и психической болезнью, представляют собой аномалии характера и отсутствие нормальной гармонии психической жизни субъекта. Проявляются они в недостаточной уравновешенности психических актов, недостаточной приспособляемости к окружающей среде и неправильной реакции на различные влияния, действующие на психику [Корсаков С. С., 1901].

Е. Краепелин рассматривал психопатию как промежуточные состояния между психической болезнью и нормой. Они остаются неизменными в течение всей жизни человека. При этом речь идет о не вполне развитых начальных стадиях собственно психозов» или о неудачных индивидуальностях, «развитие которых было расстроено вследствие неблагоприятного влияния наследственности, повреждения зародыша или других рано подействовавших задержках развития» [Краепелин Е., 1923].

После этих работ начался современный этап изучения психопатии. Большое значение для последующих представлений о психопатиях имели



работы К. Schneider, E. Kretschmer в Германии, в которых даны четкие описания различных клинических форм психопатий, их типология. В отечественной психиатрии психопатиям уделяли значительное внимание С. А. Сухонов, П. Б. Ганнушкин, Е. И. Краснушкин, Е. А. Попов, О. В. Кербиков, Н. И. Фелинская, создавшие во многом самобытную концепцию психопатий как психической аномалии, которой наряду с известной стойкостью и стабильностью проявлений свойственна своеобразная специфическая динамика в виде временного изменения и усложнения клинической картины. Обширные обзоры по клинике психопатий представлены D. Henderson, D. Curran, P. Mallinson, F. Alexander, P. Binder, P. Tölle и др.

## Распространенность

Большинство психопатических личностей остаются вне поля зрения психиатров, поэтому выявление истинной распространенности психопатий в населении затруднено. Под психиатрическим наблюдением оказываются только наиболее тяжелые личностные аномалии, преимущественно стеничного полюса [Смулевич А. Б., 1983]. Вместе с тем ряд авторов приводят эпидемиологические оценки распространения психопатий в населении со значительным разбросом показателей. Так, Б. Д. Петраков (1972), по материалам развитых капиталистических стран, указывает на 0,7 : 1000 населения для ФРГ и 31,1 : 1000 населения для США. G. Vialant, J. Pegg (1980) считают, что психопатические личности составляют от 5 до 15% взрослого населения. По данным Б. В. Шостаковича с соавт. (1982), психопатические личности составляют около 7% учтенного в районном психоневрологическом диспансере контингента. Они составляют 4—5% госпитализированных в психиатрические больницы [Кербиков О. В., 1962; Шумаков В. М. и др., 1980].

Среди направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу психопатические личности составляют от 8 до 12%. При этом частота отдельных форм психопатий различна: истерическая психопатия — 42,7%, возбудимая — 29,2%, тормозимая — 10,8%, паранойяльная — 4,2% и остальные варианты — около 13% [Шостакович Б. В., Парунцева И. А., 1971]. Эти показатели, по-видимому, косвенно, хотя и не полностью, отражают распространенность отдельных вариантов психопатий в населении, во всяком случае среди учтенного контингента. А. В. Граженский (1974) и А. З. Агаларзаде (1976) приводят, по данным психоневрологических диспансеров, следующие цифры: возбудимая психопатия — 32,5% всех форм психопатий, истерическая — 34%, тормозимая — от 15 до 20%. Из этого следует, что в населении наиболее распространены возбудимая и истерическая психопатии, составляющие до  $\frac{3}{4}$  всех случаев психопатии. Остальные формы психопатий, по-видимому, распространены меньше.

Имеются данные о преобладании среди психопатических личностей мужчин — от 2 : 1 до 3 : 1 [Личко А. Е., 1983; Brautigam H., 1968].

## Клинические проявления

### *Классификация психопатий*

Со времени выделения клинического понятия психопатий предпринимаются многочисленные попытки их распределения на группы или формы. История учения о психопатиях знает и чисто клинические способы их разделения [Ганнушкин П. Б., 1933; Попов Е. А., 1958; Kretschmer E., 1920; Schneider K., 1923], и социально-оценочные [Кюллер А., 1890; Karpman V., 1946], и группировки, сочетающие эти принципы [Kraepelin E., 1904].

Собственно ни одна классификация полностью не удовлетворяет современным воззрениям, что свидетельствует о сложности и противоречивости проблемы. Можно говорить лишь о главных принципах группировки психопатий, которые сводятся к трем положениям: во-первых, она должна опираться на клиническую основу и избегать социально-оценочных градаций типа «моральный — аморальный», «лжец», «мошенник» и т. д.; во-вторых, не имеется особых оснований стремиться к максимальной дискретности группировок, необходимо учитывать положение О. В. Кербикова о зыбкости границ между патологическими состояниями в области «малой» психиатрии; в-третьих, целесообразно пытаться объединить всевозможные мелкие бесчисленные варианты патологического характера в достаточно крупные образования, поддающиеся клинической и статистической характеристике.

Самым успешным могло бы быть дихотомическое деление психопатий на преимущественно стеничных и астеничных личностей. Однако, несмотря на реальность существования таких разнонаправленных по характеру и энергетическим потенциалам личностей, двучленная классификация оказалась слишком обедненной. Так, малоуспешной была попытка E. Kretschmer (1921) свести все многообразие личностной патологии к двум типам: шизоидам-астеникам и циклоидам-пикникам, а также стремление С. Jung (1924) выделить экстравертов и интравертов. Дополнение этой схемы группой эпилептоидов, предпринятое F. Minkowska, не сделало ее исчерпывающей. Также оказалась слишком узкой и умозрительной трехчленная классификация D. Henderson. Опыт говорит, что вариантов личностной патологии значительно больше трех.

В итоге удается выделить группы психопатий, встречающиеся практически во всех классификациях. Это возбудимые, истеричные, шизоидные, паранойяльные, астенические и психастенические. С меньшим постоянством встречаются неустойчивые, гипертимные и тимопаты. Можно утверждать, что это наиболее определенные и определяемые формы психопатий. Целесообразно показать основные классификации психопатий, сведя их в группы, отражающие ведущие патологические особенности личностей.

С нашей точки зрения, последняя по времени классификация (МКБ 9-го пересмотра) также не лишена недостатков. Так, в нее включены сексуальные психопаты — группа по существу сборная, в которой по склонности к сексуальным перверсиям объединены различные психопатические личности. Выделяются эмоционально тупые личности, тоже, по-видимому, представ-

### Основные классификации психопатий

	Э. Крепелин, 1904	Е. Кречмер, 1921	К. Шнейдер, 1923—1959	П. Б. Ганнушкин, 1933	Д. Гендерсон, 1947
Психопатии с преобладанием изменения в сфере мышления	Чудаки	Шизоиды	Астенические	Астеники Психастеники Шизоиды (мечтатели)	Неадекватные
	Сварливые		Фанатики	Фанатики	
	Кверулянты			Параноики	
Психопатии с преобладанием эмоциональных нарушений	Возбудимые Фантасты Лгуны и мошенники	Эпилептоиды Циклоиды	Эксплозивные Гипертимные Депрессивные Ищущие признания	Эпилептоиды Циклоиды Конституционально депрессивные	Агрессивные
				Истерические	Творческие
Психопатии с преобладанием волевых нарушений	Неустойчивые		Безвольные Неустойчивые Неуверенные	Неустойчивые	
Психопатии с расстройством влечений	Одержимые влечениями				
Психопатии с нарушением поведения в обществе	Антисоциальные		Холодные	Антисоциальные	
Смешанные формы психопатий				Конституционально группы	

	Е. А. Попов, 1957	О В Керби- ков, 1968	К Леонгард, 1976	МКБ 9-го пере- смотра, типы
Психопатии с преобладанием изменения в сфере мышления	Астеники Психастеники Паранойяль- ные	Тормозимые Патологи- чески замкнутые	Тревожные Педантичные	Астенический 301.6 Ананкастиче- ский, 301.4 Шизоидный, 301.2 Параноидный (паранойяль- ный), 301.6 Возбудимый 301.3
Психопатии с преобладани- ем эмоцио- нальных нару- шений	Возбудимые Взрывчатые Тимопаты Истеричные Патологи- ческие лгуны	Возбудимые  Истеричные	Возбудимые  Гипертимные Дистимиче- ские Аффективно- лабильные Демонстра- тивно- эмотивные	Аффективные. 301  Истерический. 301.5
Психопатии с преобладани- ем волевых нарушений Психопатии с расстройст- вами влече- ний Психопатии с нарушением поведения в обществе	Неустойчивые  Половые извращения	Неустойчи- вые  Сексуаль- ная психо- патия		Неустойчивый. 301.81  Половые извращения, 302  Эмоционально тупые, 301.7
Смешанные формы психопатий		Мозаичная		Мозаичная психопатия, 301.82

ляющие собой сборную группу, главным образом по склонности к асоциальному поведению.

Сопоставление различных классификаций психопатий показывает, что ведущими проявлениями тех или иных психопатических форм разные авторы считают неодинаковые признаки. С нашей точки зрения, чистых психопатических форм быть не может. Так, если проанализировать весьма распространенную форму психопатий — возбудимую, то можно отметить, что среди возбудимых личностей имеются склонные к аффективным реакциям с истерическим оттенком, с самовзвинчиванием, быстрой разрядкой аффекта. Встречаются лица с тенденцией к за-

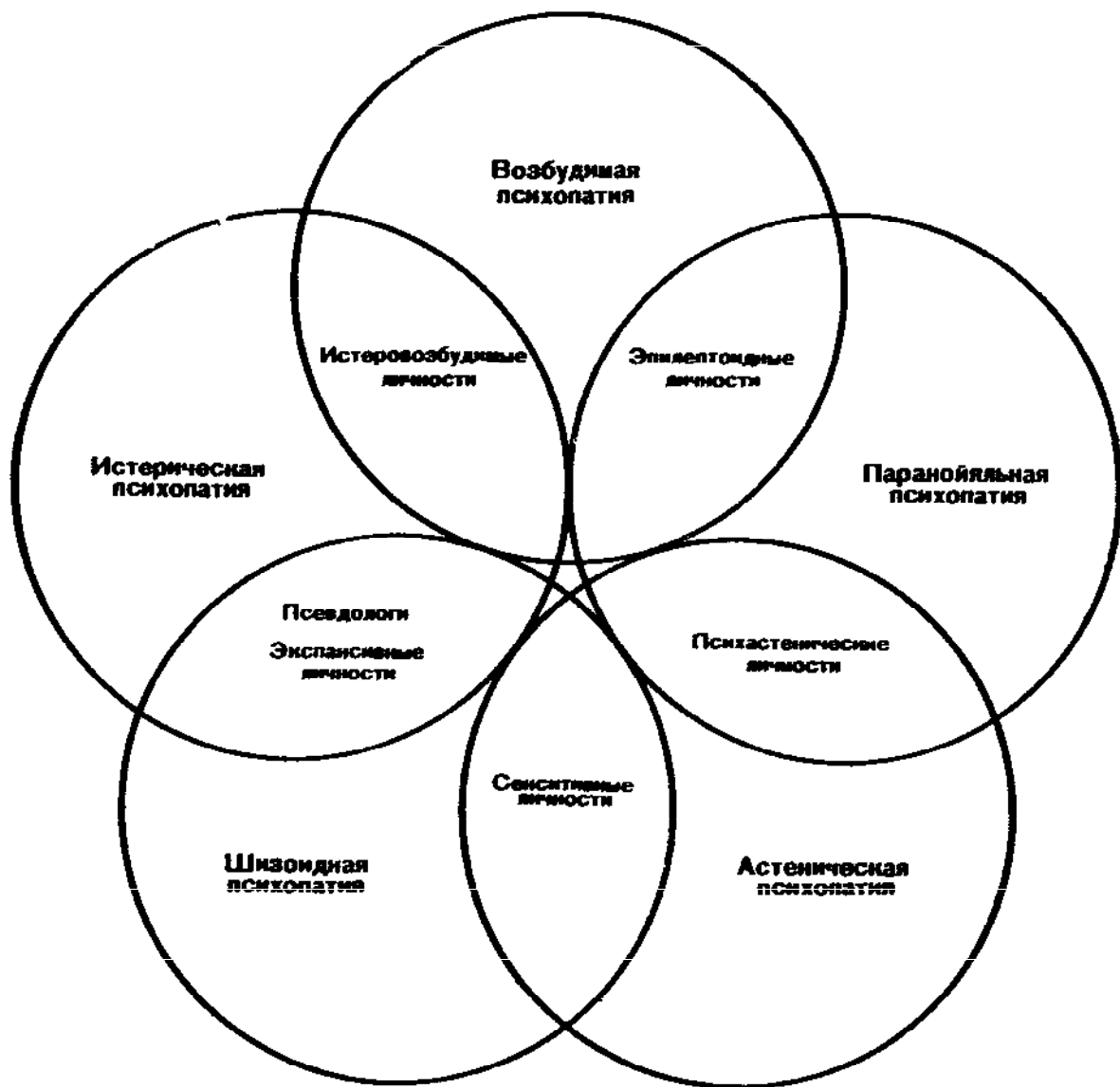


Схема соотношения форм психопатий.

держке, накоплению аффекта, злопамятные, тугоподвижные, педантичные, дающие бурные взрывные реакции. Следовательно, можно говорить о континууме от истеро-возбудимых до эпилептоидных личностей. Такая же неоднородность проявлений наблюдается и в других группах психопатий. Нам представляется, что все многообразие психопатий можно схематично представить в виде ряда связанных между собой окружностей, расположенных в виде кольца с постепенными переходами от одной формы психопатии к другой (см. схему).

#### *Клинические особенности основных форм психопатий*

**Возбудимые психопатии.** Ведущими характерологическими чертами этих людей являются повышенная раздражительность, возбудимость в сочетании со взрывчатостью, злобностью, злопамятностью, склонностью к колебаниям настроения с преобладанием угрюмо-злобного его фона, мстительностью, вязкостью аффективных реакций; этим людям свойственна склонность к бурным проявлениям аффектов часто по незначительным

поводам, что проходит красной нитью через всю жизнь. Это чаще всего «недовольные всем и вся» люди, постоянно ищущие повода для придирок. Колебания настроения у них обычно обусловлены внешними причинами, может наблюдаться и повышенное настроение, но оно не достигает радостного отношения к жизни. Обычно возбудимые психопатические личности злобны, им недостает разумности и холодной оценки ситуации. Мелкие каждодневные неприятности вызывают у них выраженные эмоциональные взрывы, иной раз по ничтожному поводу развиваются вспышки неудержимого гнева. Особенно четко это проявляется в частых семейных конфликтах.

Психопатические личности этой группы чрезвычайно нетерпимы к чужому мнению, нетерпеливы, не выносят противоречий. Эти свойства в сочетании с эгоизмом, нежеланием считаться с интересами других дают множество поводов для плохих взаимоотношений с окружающими. Повседневные столкновения в коллективе приводят у них к представлению о каком-то особом своем значении. Появляются мысли и высказывания о том, что их «не понимают», «недостаточно ценят» на работе и дома. Многие психопатические личности возбудимого типа склонны к переоценке своих умственных способностей, часто считают себя людьми «выше среднего». На фоне неприязненных отношений с окружающими эти свойства выливаются в мелочную придирчивость, подозрительность. Такие люди обидчивы, злопамятны, мнительны, настороженно относятся к близким, которые часто не принимают их требований, противятся их притязаниям. Обычно это усугубляет конфликты.

Многие психопатические личности этой группы становятся сварливыми спорщиками, вступают в спор по любому поводу, проявляют излишнюю горячность, стараются доказать свою правоту не столько логическими доводами, сколько попытками «перекричать» оппонентов. Свойственная им прямолинейность, отсутствие гибкости выливаются в непреодолимое упрямство. У некоторых вырабатывается своеобразная поза «борца за справедливость», за «попранные права». Они стараются представить себя более честными, прямыми, справедливыми, чем окружающие. Иногда они вступают в конфликты, когда «несправедливость» касается третьих лиц, но быстро переключаются на собственные эгоистические интересы.

Большинству из них свойственны мелочность, скарденность, интересы ограничены вопросами личного благополучия, собственного здоровья, материальной обеспеченности. Обычно наклонность к раздражительности, взрывчатости приводит к тому, что психопатические личности этой группы не уживаются в трудовом коллективе, часто меняют место работы.

Кроме этих основных свойств личности, характерных для возбудимой психопатии, возможны некоторые дополнительные черты, позволяющие выделить различные варианты. В одних случаях это дефензивные (эпилептоидные) черты: льстивость,

педантичность, аккуратность, ханжество, злопамятность, жестокость, в других — несдержанность, отсутствие попыток скрывать свои чувства, некоторая театральность эксплозивных проявлений, склонность к слезам в состоянии возбуждения, т. е. особенности, внешне напоминающие истерические. Эти дополнительные свойства служат как бы надстройкой над основной структурой психопатической личности, придавая соответствующие оттенки аффективным проявлениям.

**Истерическая психопатия.** Истерические психопатические личности стремятся во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих, поэтому их поведение демонстративно, театрально, лишено простоты и естественности. Им необходимо быть в центре внимания, чтобы о них говорили, ими восхищались, и для достижения этого они не брезгают никакими средствами. Свойственные истерическим личностям психическая незрелость, инфантилизм часто не дают им возможности добиться осуществления своих притязаний путем воспитания и развития действительно имеющихся у них способностей. Их чувства поверхностны, неустойчивы, внешнее оформление эмоциональных реакций не адекватно поводу, демонстративное, театральное, глубина реакций и субъективная значимость невелики. На высоте аффективного разряда у истерических психопатических личностей сохраняются способность контроля над своим поведением, учет ситуации, «игра на зрителя». У них часто бывают колебания настроения, быстро сменяются симпатии и антипатии, есть своеобразная «извращенность» чувств, которая может выражаться в сочетании внешней доброжелательности с внутренней эмоциональной холодностью. Волевые аномалии истерических психопатических личностей определяются повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, которые относятся только к потребности этих личностей обращать на себя внимание. Они не способны к длительному волевому напряжению во имя целей, не обещающих им немедленных лавров и восхищения окружающих.

Истерическим психопатическим личностям свойствен «художественный тип мышления». Их суждения крайне противоречивы, вместо логического сопоставления фактов и трезвой оценки действительности их часто занимают беспочвенные выдумки на основе детски богатой и необузданной фантазии. При кажущейся полной убежденности истерических психопатических личностей в своих фантазиях грань между реальным и фантастическим не исчезает полностью. Они всегда могут отграничить настоящее от придуманного, несмотря на то что нередко бывают полностью поглощены своими переживаниями.

Истерические психопатические личности редко достигают успехов в положительной, творческой деятельности, им мешает необузданное стремление быть в центре внимания, слыть оригинальными, нередко они пытаются вызвать интерес необычными явлениями какой-нибудь болезни.

В трудных ситуациях у них легко возникают истероневротические картины: бурные аффективные реакции с демонстративными рыданиями, криками, нанесением себе повреждений, агрессией в отношении окружающих и истерическими припадками, иногда в форме истерических физических симптомов (истерический мутизм, сурдомутизм, астазия-абазия и нарушения чувствительности по типу «чулок»).

По клиническим особенностям истерической психопатии можно выделить две ее разновидности — возбудимую и тормозную.

К возбудимым истерическим личностям относятся яркие натуры, стеничные в достижении своих целей, экстравертированные, экстравагантные, «жаждущие признания», нетерпимые к замечаниям и возражениям. Всякое противодействие или непонимание вызывает у них бурные аффективные разряды. Тормозимые истерические личности повышено ранимы, чувствительны, склонны к фантазированию, истощаемости и невротическим реакциям, которые легко фиксируются. При неблагоприятных ситуационных воздействиях они замыкаются в себе, уходят в мир своих фантазий и вымыслов, у них возможно «бегство в болезнь».

**Паранойяльная психопатия.** Лица с паранойяльной психопатией особенно склонны к сверхценным образованиям, что сочетается с малой гибкостью психики, подозрительностью и, как правило, с повышенной самооценкой. Выраженные сверхценные идеи и первые типичные паранойяльные реакции появляются обычно лишь к 20—25 годам. Однако и в более раннем возрасте обнаруживаются патохарактерологические особенности, указывающие на своеобразие эмоционально-волевой сферы. С детства им свойственны односторонние увлечения, сочетающиеся с упрямством, прямолинейностью. Переоценка своих способностей, гиперстеничность проявляются в тенденции к лидерству, самоутверждению. Такие лица чрезвычайно чувствительны к игнорированию их мнения, склонны преувеличивать значение разногласий, крайне обидчивы и злопамятны. Присущие им эгоизм, бескомпромиссность, желание в любой ситуации поступать по-своему, беспепелляционная категоричность суждений, как правило, мешают поддерживать ровные отношения в семье и коллективе.

С возрастом эти конституциональные особенности обычно усиливаются. Психопатические личности становятся более косными, консервативными, ригидными; нетерпимость к чужому мнению перерастает у них в открытую враждебность. Утрированная принципиальность превращается в придирчивость, мелочный педантизм «Борьба за справедливость» развивается в связи с малозначительными событиями, затрагивающими эгоистические интересы таких лиц. Легко возникают доминирующие идеи, касающиеся аффективно значимых переживаний. Как правило, это сочетается с крайней конкретностью и узостью



мышления, зачастую наивность и поверхностность представлений, банальностью и трафаретностью суждений и высказываний.

На фоне конфликтных отношений у психопатических личностей паранойяльного типа особенно обостряются недоверчивость, подозрительность, мнительность. Аффективная охваченность в таких случаях определяет одностороннюю оценку действительности, своеобразный отбор и интерпретацию различных событий в плане подтверждения собственной точки зрения. Вследствие этого возникающие подозрения все более укрепляются, обрастают «доказательствами», приобретают бредовую окраску. Таким образом, у психопатических личностей в неблагоприятных условиях по кататимным механизмам может развиваться паранойяльный бред, содержание которого тесно связано с психотравмирующими обстоятельствами (сутяжно-паранойяльное развитие, бред ревности, изобретательства и пр.). В хронически психотравмирующих условиях паранойяльные переживания больных могут расширяться и систематизироваться, становясь стойкими и малокурабельными.

**Тормозимые психопатии.** В эту группу объединены психопатии с ведущими астеническими, психастеническими и шизоидными патохарактерологическими проявлениями. Основанием для такого объединения являются тормозные, пассивные реакции на различные психотравмирующие события.

У астенических психопатических личностей с детства наблюдаются повышенная робость, нерешительность, впечатлительность. Особенно застенчивыми они становятся в новой обстановке, среди малознакомых людей, где их не покидает чувство собственной неполноценности. Повышенная чувствительность, «мимозность» (по П. Б. Ганнушкину, 1933), проявляется в отношении как психических раздражителей, так и физических нагрузок. Такие лица ощущают выраженные колебания работоспособности, спады настроения, усталость, разбитость.

Постоянным свойством является раздражительная слабость, выступающая в виде вспышек аффекта при любом непосильном напряжении. Фон настроения несколько угнетенный, с легко возникающей тревожностью, неуверенностью в себе при столкновении даже с незначительными трудностями.

Несколько позже, в подростковом возрасте, к этим астеническим патохарактерологическим особенностям могут присоединяться психастенические черты. У таких лиц выявляются повышенная рефлексия, стремление к постоянному самоанализу и самоконтролю: с тревогой они относятся к новой обстановке, вызывающей у них усиление робости, чувства собственной неполноценности. Часто при этом обнаруживается склонность к навязчивым сомнениям, легко формируются различные фобии.

Волевые проявления психопатических личностей тормозимого круга в целом недостаточны, часто можно отметить слабость влечений — плохой аппетит, отставание в половом развитии и

аномальную сексуальность в зрелом возрасте (импотенция, гомосексуализм, педофилия). Соматические компоненты представлены головной болью, расстройствами сна, неприятными ощущениями в области сердца. Неизбежные столкновения с окружающей средой в большинстве случаев сопровождаются у этих лиц астеническими эмоциями подавленности, стыда, чувством поражения и малодушного страдания.

Присущие тормозимым психопатическим личностям патохарактерологические особенности часто препятствуют их адаптации в коллективе и способствуют созданию конфликтных ситуаций в семье, на работе и др. При конфликтах наступает психопатическая реакция с обострением чувства неполноценности, отказом от дальнейших действий, фиксацией на ипохондрических переживаниях. Подобный «психопатический цикл» (по О. В. Кербикову) представляется типичным механизмом заострения патохарактерологических особенностей, присущих психопатическим личностям тормозимого типа. В хронически психотравмирующих условиях возможно и усложнение структуры психопатии с развитием вторичных истерических, эпитимных, параноических черт.

**Шизоидная психопатия.** У этих личностей наряду с ранимостью, робостью, застенчивостью, некоторой инертностью в жизненных коллизиях отмечаются необщительность, интровертированность, склонность к внутренней переработке своих переживаний, затруднение контакта с лицами ближайшего окружения, склонность к фантазированию на далекие от реальности темы, некоторая холодность и сухость в отношениях с близкими, угловатость, чопорность в поведении. Выявляются также отсутствие чувства юмора, излишняя серьезность или сентиментальность, мечтательность и чудаковатость. Они проявляют склонность к самоанализу, рефлексии. Нередко такие лица имеют достаточно высокий образовательный уровень, хорошие способности к обучению при слабой моторной умелости. Профессии и увлечения этих лиц относятся главным образом к области литературы, искусства, музыки, теоретическим разделам науки. Е. Kretschmer (1921) говорил о некоторых из них как о «друзьях книги и природы». Увлечения нередко «нестандартны» (авангардистское искусство, поп-музыка, даосизм и другие восточные вероучения, телепатия, экстрасенсы и пр.). Вместе с тем необычные увлечения обычно не оторваны от внешнего мира и достаточно распространены в микрогруппах, в которых участвуют эти лица. Они часто меняют профессию, работу, нередко место жительства, причем эта смена мотивируется поисками более интересных занятий «для души», «романтических», «необычных» мест жительства. Все эти поиски направлены на максимальное самоудовлетворение без стремления к материальной выгоде или славе. Так же неровно складываются у них и семейные отношения (повторные разводы вследствие отсутствия общих интересов с супругом).

## *Акцентуации характера*

Понятие «акцентуации личности» или «акцентуации характера» ввел в психиатрию К. Leonhard в 50-х годах. Он не дал четкого определения акцентуированных личностей, полагая, что они не являются психопатическими (патологическими), но «в силу особой структуры личности постоянно вступают в конфликт со своим окружением». Такое определение не позволяет провести границу между психопатиями и акцентуациями. Приводимые К. Leonhard клинические примеры скорее относятся к психопатиям; правда, автор замечает, что он намеревался как можно резче подчеркнуть анализируемые личностные черты. Вместе с тем он указывает, что в случаях акцентуаций есть лишь количественные отклонения от некоего стандарта личности, это промежуточное звено между психопатией и психическим здоровьем. Еще П. Б. Ганнушкин (1933) утверждал, что между патологическими особенностями и соответствующими им «простыми человеческими недостатками» разница большей частью лишь количественная, так называемые нормальные характеры без всяких границ переходят в патологические. Таким образом, мысль о промежуточных вариантах личностной патологии зародилась уже давно. Она оказалась чрезвычайно плодотворной, позволяя рассматривать акцентуации как этап формирования личности. В одних случаях этот этап завершается образованием здоровой личности, в других может привести к формированию психопатии.

Наиболее четко эту концепцию разработали А. Е. Личко и его ученики. А. Е. Личко (1983) определяет акцентуации характера как крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость для определенных психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Описывая акцентуации характера у подростков, А. Е. Личко систематизирует их в соответствии с типологией психопатий, что свидетельствует о сходстве измененных характерологических черт с тем или иным комплексом проявлений патологии личности. Вместе с тем такие отдельные психопатические проявления наблюдаются не только у подростков, их достаточно часто видят судебные психиатры у взрослых. В этих случаях эксперты в заключении указывают на отдельные психопатические черты характера у подэкспертного, подчеркивая этим отличие от психопатий, при которых обязательно тотальное изменение склада личности. Можно предполагать, что в экспертной практике констатация отдельных психопатических черт тождественна диагностике «акцентуации характера».

## *Динамика психопатий*

Психопатические личности очень чувствительны к различным внешним воздействиям и биологическим изменениям, про-

исходящим в течение жизни. Эти факторы меняют клиническую картину психопатии, вызывая обострения психопатических проявлений, временные или длительные реакции и развития. Такие временные сдвиги в состоянии психопатических личностей обозначаются как динамика психопатий. Понятие «динамика психопатий» ввел в психиатрию П. Б. Ганнушкин (1933). Он писал: «Хотя мы и противопоставляем психопатии как стационарные состояния психозам — процессам, однако не надо забывать, что статика эта очень условна; она сводится главным образом к сохранению известного единства личности, на фоне которого разворачивается сугубая динамика: психопаты особенно легко дают патологические реакции на психические травмы, на чрезмерно тяжелые условия жизни, у них же мы наблюдаем особенно экзквизитные и яркие патопсихологические развития (параноические, „невротические“ и пр.)».

П. Б. Ганнушкин подчеркивал, что динамику психопатий можно понимать широко и узко. В широком плане рассматриваются изменения склада личности в течение жизни, под влиянием возрастных кризов. Такая динамика прослеживается и у психически полноценных людей, но психопатические личности переживают эти критические периоды особенно бурно. Это касается в первую очередь пубертата. В подростковом возрасте (11—15 лет) возникает крайняя эмоциональная лабильность с «неуправляемостью» поведения, аффективными вспышками, истерическими проявлениями. Юношеский возраст (16—20 лет) характеризуется сохранением повышенной аффективности и появлением новых интересов, раздумьями над смыслом жизни, поисками своего места в будущем. Эти проявления у психопатических юношей зачастую становятся гротескными, приближаясь по внешнему оформлению к метафизической интоксикации или огульному бездумному отрицанию общепринятых авторитетов и форм поведения. В дальнейшем происходит постепенное сглаживание обостренных психопатических особенностей и с отчетливостью проявляются те или иные варианты личностной патологии. В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин (1980) рассматривают пубертатный период как период кристаллизации, структурирования психопатий.

В климактерическом периоде психопатические черты зачастую вновь обостряются, смягчаясь в дальнейшем и замещаясь уже атеросклеротическими аффективными расстройствами, которые нивелируют варианты психопатий. В ряде случаев отмечается депсихопатизация [Семке В. Я., 1967]. Возрастная динамика психопатий, являясь почвой для психопатических экзакцербаций, обычно не имеет большого судебно-психиатрического значения (кроме обострения в пубертате). В судебно-экспертной клинике главное место как причина опасных действий и как основание для направления на лечение в психиатрические больницы занимают психопатические декомпенсации, реакции и развития.

**Компенсация и декомпенсация** патологического состояния — наиболее общие проявления динамики психопатий. Понятие декомпенсации имеет и судебно-психиатрическое значение, поскольку нередко определяет невменяемость.

**Компенсация** — благоприятный этап динамики психопатий, когда в результате развития вторичных факультативных характерологических черт, играющих защитную роль в отношении первичных облигатных особенностей, обеспечивается временная адаптация личности к среде. Это состояние отличается минимальными проявлениями патологических черт характера и удовлетворительными показателями ее социальной приспособленности. Следует подчеркнуть, что большинство психопатических личностей совершают противоправные действия в состоянии компенсации, что и определяет их невменяемость.

Компенсация осуществляется двумя путями. Первый из них обусловлен влиянием социально благоприятной среды, при котором происходит сглаживание основных психопатических особенностей. Второй, о котором упоминалось выше, заключается в выработке вторичных психопатических черт, ступенчатых ведущий симптомокомплекс. Он связан с внутренними ресурсами личности, позволяющими найти способы адаптации к внешней среде. Вторым путем наблюдается чаще, возможны явления гиперкомпенсации и псевдокомпенсации, когда новые черты личности сами по себе препятствуют полноценному приспособлению к окружающим условиям [Шубина Н. К., 1963].

Компенсация и декомпенсация сменяют друг друга, отражая выраженность патологических черт и способность к адаптации, это как бы две стороны медали в клинике и динамике психопатий. Психопатическая личность может находиться в состоянии или компенсации, или декомпенсации.

**Декомпенсация** психопатии характеризуется явным обострением, обнажением всех основных патологических свойств личности, временным или длительным нарушением имевшейся прежде социальной адаптации. Вместе с тем в это понятие обычно вкладывается не столько клиническая характеристика определенного состояния, сколько представление о механизме патологического сдвига.

Как правило, декомпенсация становится следствием внешних психотравмирующих воздействий на психопатическую личность. Ее возникновение связано также с типологическими особенностями психопатии: условия, декомпенсирующие для одних вариантов личностной патологии, могут быть вполне адекватными и даже компенсирующими для других. Так, семейно-бытовые конфликты часто обуславливают обострения у возбудимых, но относительно редко вызывают декомпенсацию у астеничных. К строгой дисциплине хорошо приспособляются астеники, неплохо — эпилептоиды, но практически не способны к адаптации в такой обстановке неустойчивые и почти не могут примениться

к ней шизоиды. Прослеживаются различные клинические варианты декомпенсации психопатии.

Для судебнопсихиатрической клиники наибольшее значение имеют психопатические реакции. Полностью отождествлять декомпенсации психопатий с психопатическими реакциями не следует, понятие декомпенсаций шире, но зачастую реакции сопровождаются утратой компенсаторных признаков, свойственных той или иной форме психопатий.

**Психопатические (характерологические) реакции** как форму динамики психопатий впервые выделяли П. Б. Ганнушкин (1927), Я. П. Фрумкин (1928), Е. К. Краснушкин (1929). Под психопатическими реакциями подразумеваются такие изменения личности, когда значительно усиленные характерологические черты становятся основным реактивным комплексом [Фрумкин Я. П., 1928]. При этом вследствие психотравмирующего воздействия огрубевает основные, облигатные, по О. В. Кербинову, черты характера. Психопатические реакции представляют собой количественное изменение личностных проявлений.

Психопатические реакции возникают обычно у лиц с достаточно компенсированными перед этим состояниями вслед за непосредственной причиной, внешним поводом, имеющим особую субъективную значимость для данной личности или для данного типа психопатий [Гиндикин В. Я., 1967, и др.]. Так, для астенической психопатии таким моментом оказывается внезапное изменение привычной обстановки, жизненного стереотипа [Морозов Г. В., Шубина Н. К., 1968], для возбудимой и истерической — различные затяжные семейно-бытовые конфликты. Результатом таких воздействий становятся значительное эмоциональное напряжение, тревожность, неуверенность в будущем. Постепенное накапливание и суммирование отрицательных переживаний приводят к тому, что нередко дополнительный внешний повод: обида, оскорбление, неожиданное нарушение намеченных планов вызывают бурный аффективный разряд, выраженную эмоциональную реакцию.

По клиническим особенностям реакции можно разделить на два варианта. Одни из них полностью укладываются в определение психопатических реакций как изменений характерологических черт в пределах ресурсов личности [Фелинская Н. И., 1968]. Это реакции, однозначные типу психопатий. У тормозимых усиливается отгороженность вплоть до граничащей с аутизмом, с уходом в мир собственных переживаний и фантазий, страхами и опасениями за свое здоровье, отдельными кататимными идеями отношения, обострением мнительности, расстройствами сна, пониженным фоном настроения. Возбудимым свойственны взрывные реакции с крайней злобностью, агрессивностью, несдержанностью. У истеричных появляются утрированная театральность поведения, демонстративность притязаний и домогательств с плаксивостью, склонностью

к бурным эмоциональным проявлениям, самовзвинчиванию и самопопустительству. Такие обострения соответствуют привычному реагированию личности.

Эти реакции скоротечны — от нескольких часов до нескольких дней. Успокоение после таких обострений сопровождается недлительной психической и физической астенией.

Второй вариант — неоднозначные типу психопатии реакции — заключается в том, что на фоне заострения постоянно присущих черт личности появляются иные формы реагирования, чаще истерические, агрессивно-взрывчатые, иногда астенические. Нередко возникают реакции, контрастные основному типу психопатии, например астенические у возбудимых или агрессивно-взрывчатые у тормозимых. Это не невротические проявления, так как они не сопровождаются обязательными, по О. В. Кербикову, признаками неврозов: отражением в переживаниях содержания психической травмы и субъективным сознанием чувства болезни. Отсутствуют и психотические симптомы. В целом они имеют особенности характерологических реакций, но их проявления обычно относятся к психопатическим способам реагирования, свойственным иной, иногда полярно противоположной форме психопатии. Такие варианты реагирования вызывают значительное, но временное изменение структуры личности, усиливают ее дисгармоничность и уродливость. На короткий срок возникает уже качественный сдвиг психопатии. Новые патохарактерологические признаки во многом определяют поведение.

Неоднозначные реакции возникают в особой сложной обстановке с крайней субъективной значимостью переживаний для данного лица (крах надежд, тяжкая неизлечимая болезнь родных, вынужденная смена привычной обстановки).

В состоянии неоднозначных реакций с наибольшей отчетливостью прослеживаются свойства психопатии нарушения эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер, приводящие к некритичному, маломотивированному поведению с нарушением способности руководить своими поступками. Действия происходят как бы мимовольно, без мыслительной переработки последствий. Поведение чаще определяется непривычными способами реагирования. Так, в этих случаях достаточно часты агрессивные проявления у тормозимых личностей с тяжелыми общественно опасными действиями, попытками к самоубийству. У возбудимых наблюдаются астенические реакции ухода от действительности со страхами, немотивированными поступками.

Катамнестические исследования показывают, что в большинстве случаев психопатические реакции обратимы и после разрешения конфликтной ситуации состояние возвращается к исходному, компенсированному.

Наряду с описанными вариантами психопатических реакций встречаются своеобразные формы реагирования, обозначенные М. Г. Ревенко (1967) как реакции по типу «смещения

аффекта» (реакции-мимом). При большом эмоциональном напряжении возникают аффективные реакции, которые не сопровождаются осознанием потребности действия, ясностью представлений об условиях и средствах, необходимых для достижения цели, борьбой мотивов. В этих случаях реакция личности направлена как бы по коллатерали, т. е. пострадавшими от поступков, обусловленных аффектом, оказываются случайные лица, не имеющие отношения к комплексу отрицательно окрашенных переживаний психопатической личности.

Реакции-мимом предшествует длительная психотравмирующая обстановка, и всегда имеется «кульминационная» психическая травма — «последняя капля». Субъективно отмечается нарастание внутреннего напряжения, сменяющееся гневно-злым взрывом с агрессией, который дает возможность «разрядиться». Вслед за аффективной вспышкой появляется чувство облегчения с угасанием эмоционального напряжения.

По приведенным выше признакам М. Г. Ревенко отличает реакции по типу «смещения аффекта» от внешне сходных с ними действий со стремлением «сорвать зло на ком-либо». Он считает, что такие поступки отражают привычное поведение психопатической личности, когда она не встречает должного отпора окружающих. На наш взгляд, реакция-мимом во многом отражает общепсихологический механизм ответа личности на внешние неблагоприятные обстоятельства, оскорбление, обиду. Они, по-видимому, могут наблюдаться и у психически здоровых, но необычная эмоциональная напряженность, внешняя безмотивность действий более заметны у психопатических личностей. Возможно, что у них эти реакции или чаще встречаются, или чаще приводят к криминальным поступкам и потому становятся предметом наблюдений и анализа психиатров.

**Патологические развития.** Большое место в психопатической динамике занимают патологические развития. П. Б. Ганнушкин считал, что развитие складывается из ряда реакций, постепенно фиксирующих клинические явления и формирующих относительно стойкие изменения личности. По механизму становления он различал конституциональное развитие, которое «опирается на личность», и ситуационное развитие, начинающееся с психической травмы и имеющее характер качественного сдвига.

Патологическое паранойяльное развитие личности при психопатиях представляет собой вариант ситуационного развития, по П. Б. Ганнушкину, в основе которого лежит психическая травма, воздействующая на психопатическую почву. Такой подход к проблеме паранойяльного развития обоснован рядом исследователей [Бунеев А. Н., 1937; Печерникова Т. П., 1961—1981; Смулевич А. Б., 1970; Bleuler E., 1915; Shepherd M., 1960, и др.]. Паранойяльное развитие может возникнуть у представителей любых групп психопатии. Значение психической травматизации при различных формах психопатий неодинаково. Особенно заметна она у тормози-



мых, истерических. Для возбудимых и паранойяльных личностей ее значение меньше, она играет роль пускового механизма. М. И. Лукомская (1981) показала также, что психопатические личности в соответствии с ведущими чертами как бы «выбирают» наиболее значимые для них элементы психической травмы, что имеется определенный таксис к тем или иным воздействиям. Личность может оставаться безразличной к другим, зачастую объективно более значимым компонентам психогенного воздействия.

Наиболее часто паранойяльное развитие выражается в идеях ревности, сутяжничестве, реже реформаторстве. Ипохондрические идеи и идеи изобретательства в рамках психопатии в судебно-психиатрической клинике встречаются нечасто.

Паранойяльное развитие личности проходит несколько этапов. Вслед за психической травмой начинается обострение психопатических черт (первый этап) с возникновением в ряде случаев невротических явлений в виде общего недомогания, головной боли, расстройств сна, аппетита, с навязчивыми представлениями, отражающими содержание психогении. Следующий этап характеризуется доминирующими идеями с фиксацией на отрицательно окрашенных переживаниях, углублением конфликта с людьми, с которыми связана травмирующая обстановка, появлением убежденности в возможности измены супруга (в случаях идей ревности) или в предвзятом отношении (в случаях идей сутяжничества). Иногда эти признаки дополняются «последним объяснением», когда больные стремятся путем длинных и нудных переговоров с «обидчиками» добиться изменения субъективно сложной обстановки. На этапе доминирующих идей круг лиц, вовлеченных в патологические переживания, конкретен, кагатимное толкование обстановки не выходит за рамки обыденных отношений. Высказывания ограничиваются реальными обстоятельствами, которые, однако, могут интерпретироваться превратно, с субъективных позиций. Вне конфликтной обстановки доминирующие идеи не проявляются, сохраняются социальная адаптация, трудоспособность. Возможно критическое отношение и допустимо разубеждение.

Сохранение неблагоприятной ситуации вызывает дальнейший этап паранойяльного развития с качественным изменением симптоматики, появлением патологических сверхценных идей. Утрачивается критическое отношение к обстановке и болезненным высказываниям, исчезает необходимость поиска доказательств вины. Возникает патологическая интерпретация настоящего положения и прошлых поступков лиц, с которыми существует конфликт. Усиливается стремление к слежке за объектом ревности, разоблачению работников различных учреждений в случаях сутяжничества. Поведение резко меняется, нарушается социальная адаптация. Все свое время они тратят на расследование поступков жены (мужа), писание различных жалоб и заявлений. В комплекс очерченных до того по содержанию

идей вплетаются признаки персекуторных представлений, появляются мысли о преследовании со стороны «обидчиков», иногда ипохондрические переживания. В ряде случаев такие лица становятся преследуемыми преследователями, энергия и изобретательность в такой деятельности совершенно неистощимы. Патологические идеи генерализуются, круг вовлеченных становится все шире. Иными словами, развивается бредовая система, зачастую разветвленная и сложная.

Общественная опасность больных с паранойяльным бредом и доминирующими идеями велика. При этой форме патологии (особенно при идеях ревности) правонарушения зачастую бывают жестокими — убийства, телесные повреждения. В случаях идей ревности жертвами обычно бывают подозреваемые в измене супруги, реже — мнимые соперники; при сутяжных идеях и бреде реформаторства — сотрудники учреждений, «создающие препятствия деятельности» больных; при ипохондрических — врачи, «недостаточно внимательные к страданиям больного».

От момента действия психогенной пусковой причины до развития выраженного бредового состояния, приведшего к правонарушению, проходит неодинаковое время при разных по содержанию патологических идеях. Самый короткий «латентный» период отмечается при идеях ревности, самый длинный — при сутяжных идеях.

Другим вариантом патологического развития, близким к конституциональному типу развития, по П. Б. Ганнушкину, и достаточно распространенным в судебно-психиатрической клинике, является так называемая глубокая психопатия. Это понятие отсутствует в классификации динамики психопатии. Подразумевается, что любая форма психопатии в особых условиях может проявляться необычно тяжело. А. М. Халецкий (1952) полагает, что при тяжелой психопатии имеются постоянные особенности личности в виде невыносливости к психическим нагрузкам, наивности суждений, практической беспомощности, т. е. он говорит об этом типе патологии как о статичном состоянии. В. А. Гурьева (1972), А. Г. Наку с сотр. (1976) считают, что психопатия становится «глубокой» в результате частых и повторных декомпенсаций. Это понятие охотно применяется судебными психиатрами для обоснования невменяемости психопатических личностей вследствие стойких нарушений или повторных декомпенсаций.

Формирование психопатических расстройств у лиц с «глубокой психопатией» наиболее тесно связано с патобиологическими воздействиями в детстве и неправильными условиями воспитания и микросреды, т. е. их можно относить преимущественно к приобретенной психопатии в широком смысле слова.

Характерологическая патология становится особо выраженной с определенного момента, после внешних ситуационных воздействий. Последние не имеют свойств эмоционального стресса, а носят признаки повседневных, длительно существую-

щих отрицательных переживаний. Эти ситуационные факторы обычно сочетаются с биологическими, иногда действуют на фоне соматического ослабления вследствие истощающих болезней и других вредностей.

В таких случаях происходит медленное и постепенное усиление облигатных свойств личности с яркостью эмоциональных реакций, огрубением основных характерологических черт. Так, у тормозимых психопатических личностей наряду с нарастанием отгороженности появляются нереальные фантазии, склонность к пустому рассуждательству, сочетающиеся с отрывом от реальности, обсессивно-фобическими проявлениями, иногда дополняющиеся вторичными депрессивными, эксплозивными или истерическими чертами. У истеричных возникает чрезмерная гротескность поведения с фантазиями, псевдологическими проявлениями, некритичной предприимчивостью, со злобностью, агрессивными разрядами, брутальностью. У возбудимых крайняя раздражительность, несдержанность сочетаются со злобно-тоскливым фоном настроения, иногда с параноидной настроенностью и истерическими разрядами.

В период наибольшей остроты и насыщенности проявлений глубокой психопатии разнородные личностные радикалы сливаются в сложный психопатический комплекс, когда поведение зачастую определяется вторичными факультативными чертами. Несмотря на нивелировку психопатических симптомов стержневые, облигатные первичные черты личности обычно удается распознать.

Поступки больных, в том числе и криминальные, не связаны непосредственно с обстановкой, обычно это не внезапный ответ на внешнее воздействие, чаще сама по себе неблагоприятная обстановка связана с неправильным поведением психопатической личности. Здесь четко прослеживается психопатический цикл по О. В. Кербикову: поступки порождают трудную ситуацию, а эта ситуация — дальнейшее ухудшение состояния.

Общественно опасные действия, менее тяжкие, чем при других вариантах динамики (кражи, воинские правонарушения, хулиганство), обычно не связаны с аффективными проявлениями, а обуславливаются извращением социального приспособления личности. Часто встречаются повторные общественно опасные деяния, также обусловленные дезадаптацией.

Обострение состояния с утратой социальной адаптации, неправильным поведением длится долго — месяцы и годы, сменяясь в большинстве случаев полной или частичной компенсацией и приспособлением к микросоциальной среде.

Такое течение «глубокой психопатии», имеющей более или менее очерченное начало, период расцвета и исход со сглаживанием психопатических проявлений, позволяет относить ее к патологическим развитиям личности.

**Исходы динамики психопатии.** Катамнестическое изучение психопатий показывает, что в большинстве случаев состояние

улучшается, острота психопатических проявлений снижается и человек приспособляется к жизни.

В то же время благоприятное течение психопатии отмечается не всегда. До  $\frac{1}{3}$  психопатических лиц остаются практически декомпенсированными в течение всей жизни [Frackowiak F., 1958; Jallade S., Marie-Cardine M., 1967]. Они не способны правильно «управлять жизнью» [Tölle H., 1968]. Подчеркивается зависимость прогноза от формы психопатии, хотя единого мнения по этому вопросу нет. Так, Н. К. Шубина (1968) и Н. Tölle (1968) отмечают лучшее приспособление при астенической психопатии. S. B. Guse, M. H. Pegley (1963) считают плохим прогноз при истерической психопатии, I. Hogvai (1968) — при шизоидной и т. д. Имеются отдельные указания на то, что повторные декомпенсации приводят к углублению психопатической структуры [Гурьева В. А., 1969; Фрейеров О. Е., 1970; Наку А. Г. и др., 1976].

По приспособлению личности к внешним условиям и выраженности психопатических проявлений исходы психопатической динамики можно разделить на 3 типа. Первый — полная компенсация с длительным и стойким сглаживанием психопатических черт и полноценной социальной адаптацией. Это истинная компенсация, по Н. К. Шубиной. Личность вырабатывает приспособительное поведение с помощью компенсаторных образований, и стержневые психопатические проявления становятся маловыраженными. Повторные обострения кратковременны, зачастую связаны с соматогенными или реальными психогенными воздействиями. Второй тип — частичная компенсация, при которой сохраняются достаточно выраженные психопатические черты, но они не мешают более или менее полноценному и адекватному приспособлению к среде. Третий тип — отсутствие компенсации (декомпенсация), когда длительно сохраняется чрезмерная яркость психопатических черт с нарушением социальной адаптации. При психопатических реакциях обычен исход в полную компенсацию.

При «глубокой психопатии» исход динамики бывает двояким. Чаще это благоприятный компенсаторный исход с восстановлением более или менее полноценной социальной адаптации. В  $\frac{1}{3}$  случаев отмечается неблагоприятный исход с длительным отсутствием компенсации, несмотря на лечение и изменение обстановки.

Как правило, эти лица имеют органическую психопатию. Они исключительно невыносимы к внешним воздействиям, часто госпитализируются в психиатрические больницы. Им свойственны повторные нетяжелые правонарушения (кражи, хулиганство, бродяжничество), связанные с отсутствием адаптации.

При паранойяльных развитиях личности исход динамики чаще зависит от ситуационных моментов. Улучшение обстановки, разрешение конфликта, вызвавшего развитие, снижают аф-

фективную напряженность и приводят к смягчению психопатических проявлений, дезактуализации патологических переживаний и восстановлению адаптации.

### *Расстройства влечений при психопатиях*

Попытки включить расстройства влечений в психопатию как ее разновидность предпринимались неоднократно. Однако рассмотрение расстройств влечений в качестве основного проявления психопатий не оправдано потому, что различные формы патологии влечений могут встречаться при психопатии любого типа. Понятие «расстройства влечений» шире понятия психопатии. Патологические влечения наблюдаются при психопатии, олигофрении, органических поражениях головного мозга, шизофрении, эпилепсии.

В настоящее время встречается несколько синдромов нарушения влечений. Это сексуальные перверсии, патологические влечения к поджогам (пиромания), бродяжничеству (пориомания, вагабондаж) и самоубийству (суицидомания). Указанные формы расстройств влечений нередко наблюдаются в судебно-психиатрической практике и создают значительные экспертные трудности. Рассмотрение дипсомании и kleптомании в качестве расстройств влечений клинически несостоятельно.

**Сексуальные перверсии.** Сексуальные перверсии очень полиморфны. Среди них наиболее распространен онанизм (мастурбация), который связан с выраженным аутоэротизмом (половое влечение, направленное на самого себя). К онанизму чаще прибегают лица мужского пола в детском и юношеском возрасте, в ряде случаев онанизм становится основной формой полового удовлетворения (собственно только в таких случаях онанизм рассматривается как перверсия). Он может явиться компонентом или основой других половых извращений, таких как эксгибиционизм — стремление обнажать перед другими свои половые органы. Фетишизм — болезненная направленность полового влечения на определенные части тела, на предметы, играющие в воображении фетишиста самодовлеющую роль и являющиеся главным условием для полового удовлетворения. Чем больше оторван фетишизируемый признак от живого объекта влечения, тем ярче выражена психическая патология. Гомосексуализм — половое влечение к лицам своего пола. Становлению гомосексуализма может способствовать развращающее влияние «зрелых гомосексуалистов», а также взаимный онанизм лиц одного пола. Формы гомосексуализма, способы и типы общения очень разнообразны. Садизм и мазохизм — половые перверсии, при которых сексуальное удовлетворение достигается в результате причинения объекту своего влечения боли (садизм) или стремления самому испытать боль, причиняемую другим лицом (мазохизм). Эти полярные проявления иногда сочетаются. Педофилия — половое влечение к детям и подросткам, нередко

встречается в судебно-психиатрической практике в связи с развращением малолетних. Педофилия, так же как содомия (скотоложство), некрофилия (половые акты с трупами), во многих случаях является симптомом половой слабости, которая заставляет искать возбуждающие моменты. Следует отметить, что у одного и того же лица возможно сочетание нескольких половых извращений.

Углубленное изучение патологических влечений у психопатических личностей показало их неоднородность и позволило выделить так называемые истинные и ложные расстройства влечений. Истинные сексуальные перверсии — более глубокие и стойкие расстройства, чаще возникающие на биологически измененной почве при полном отсутствии нормального полового влечения. Псевдоперверсии менее стойки и выражены. Они, как правило, не имеют болезненной биологической основы и сопровождаются подавлением либо усилением полового влечения, а при качественном его изменении не исключают полового удовлетворения нормальным путем. Как показывают наблюдения, истинные сексуальные перверсии редко бывают врожденными. В большинстве как истинные перверсии, так и псевдоперверсии формируются в процессе жизни условнорефлекторным путем, постепенно проходя этапы генерализации, трансформации и в некоторых случаях — обратного развития. Возможен переход псевдоперверсий в истинные перверсии, он состоит в постепенном усилении реагирования на неадекватные эротические раздражители. Клинико-катамнестическое изучение истинных перверсий показывает, что на отдельных стадиях возможно восстановление утраченной способности к нормальной половой жизни через этап псевдоперверсий.

**Пиромания.** При истинной пиромании в основе поджогов лежит непреодолимое стремление к огню. Пироманическим актам предшествуют расстройства настроения дисфорического типа в сочетании с чувством внутреннего напряжения (но без оттенка злобности и стремления к агрессивным разрядам). Действия импульсивны, повторяемы. Приступ сочетается с сексуальным возбуждением, которое разрешается при зрелище огня. Не бывает мер к сокрытию криминальных действий, подчас тяжелых, связанных с поджогами, ощущается их чуждость личности, отмечается последующая фрагментарная амнезия.

При псевдопиромании в виде импульсивно-подобных и навязчивых действий поджоги имеют психологически понятные корни. Псевдопироманический акт представляет собой ряд продуманных, последовательных и целенаправленных действий, имеется критическое отношение к своему поступку и предвидение возможных последствий.

**Дромомания** (бродяжничество) также имеет два клинических варианта, нередко последовательно сменяющих друг друга, — ложная и истинная дромомания. При ложной дромомании побеги из дома обычно совершают дети в конфликтной ситуа-

ции как реакцию оппозиции или протеста. Устранение неприятной обстановки после побега, чувство новизны, романтики, подкрепляемое растущей потребностью в самоутверждении, способствуют быстрому закреплению реакции побега по условнорефлекторным механизмам. Такая форма реагирования на трудную ситуацию по мере повторения побегов становится стереотипом и перерастает в истинную дромоманию, в так называемый синдром неодолимых влечений. При неодолимых истинных дромоманических влечениях видимая связь уходов из дома с психотравмирующими обстоятельствами теряется, побег как бы отрывается от первоначальной причины и лишается психологически понятного содержания. Дромоманические акты становятся импульсивными, немотивированными, бесцельными. В ряде случаев возможна трансформация дромоманий в другие виды патологических влечений (склонность к суицидам, самоповреждениям).

**Суицидомания** не всегда является психопатологическим феноменом и различается по длительности, интенсивности, мотивациям. Суицидальная тенденция тогда становится истинным расстройством влечений, когда вытекает из одного психологически не оправданного мотива — стремления умереть.

Псевдосуицидальные тенденции представляют собой или разрядку аффективного напряжения, или скрытые садомазохистские склонности, или, чаще, средство воздействия личности на неблагоприятную ситуацию (суицидальный шантаж). Как суицидальные, так и псевдосуицидальные тенденции могут возникать эпизодически, но могут быть и стойкими, обуславливая цепь суицидальных попыток. Закрепление псевдосуицидальных тенденций условнорефлекторным путем при стойкой суицидальной тенденции создает клиническую картину, близкую истинным расстройствам влечения в форме суицидомании.

Таким образом, расстройства влечений клинически полиморфны и неоднородны по происхождению. В одних случаях патология влечений обусловлена конституционально-биологическими особенностями, в других она формируется условнорефлекторным путем. Эти проявления вплетаются в клиническую картину психопатий, нередко как один из компонентов психопатического симптомокомплекса. Вместе с тем в их особенностях отражаются основные признаки той или иной формы психопатии.

#### *Особенности мышления и мотивации поведения при психопатиях*

Особенности реагирования психопатов на окружающее, их повседневные поступки и действия дают основание думать о недостаточности и неполноценности не только эмоционально-волевых, но и познавательных процессов. В определении психопатии П. Б. Ганнушкин (1933) подчеркивал, что «для громадно-

го большинства психопатий характерным является признак недостаточности, дефектности, неполноценности в широком смысле слова».

Е. Bleuler (1915) описал механизм так называемого относительного слабоумия, характерного, как считал автор, для психопатических личностей. По мнению Е. Bleuler, «относительное слабоумие» проявляется в виде разрыва между приобретенными знаниями и практическим их применением, между возможностями интеллекта и целями, которые ставит перед собой субъект под влиянием аффектов и влечений.

Ряд авторов подтвердили наблюдения Е. Bleuler, но при объяснении механизмов интеллектуальных нарушений акцент сместился на роль аффективного момента [Гиляровской В. А., 1938; Фелинская Н. И., 1958; Канторович Н. В., 1967]. Многие клиницисты придерживались мнения об интактности интеллекта, критических способностей при психопатиях [Краснушкин Е. К., 1925; Случевский И. Ф., 1951; Cleckley Н., 1959], а в некоторых работах отмечался даже присущий психопатическим личностям «интеллектуальный блеск» [Henderson D., 1942].

Однако не всех клиницистов удовлетворяло объяснение особенностей интеллектуальных процессов психопатических личностей лишь сильным влиянием на них аффективных моментов. При «вполне законных исканиях первичных расстройств психопатий» [Аккерман В. И., 1937] многие исследователи обращали внимание на свойственную самой психопатии своеобразную неполноценность интеллектуального функционирования.

Дальнейшее развитие эти положения получили в работах А. М. Дубинина (1939), который предположил, что конституциональная психопатическая уродливость личности может вести к интеллектуальной недостаточности, представляя собой подвид так называемого личностного слабоумия [Jaspers К., 1923; Вилке О., 1960]. Подчеркивая слабость, дефектность у психопатических личностей наиболее ценной и сложной функции интеллекта — критических способностей, А. М. Дубинин считал, что наиболее характерной особенностью интеллектуальной недостаточности при психопатиях является тесная связь с ситуацией, с переживаниями, раскрывающими психопатические черты. Вне этих специфических для данной личности переживаний и особых ситуаций интеллект у психопатической личности может представляться полноценным, а в некоторых случаях блистает рядом способностей, скрывающих дефектность. Часто поступки психопатических личностей с формальной сохранностью некоторых интеллектуальных функций противоречат логике, здравому смыслу и совершаются как бы без малейшего учета последствий. В связи с этим высказывалось предположение о нарушении прогностической функции мышления при психопатиях [Фрейеров О. Е., 1963; Шостакович Б. В., 1971].

Проведенное В. В. Гульдано (1975) исследование обнаружило у психопатических личностей нарушения прогностической



и регуляторной функций мышления. Их самооценка отличается от самооценки психически здоровых тем, что, будучи завышенной или заниженной, не становится активным фактором правильной регуляции поведения. Ретроспективная оценка своих действий, которая может быть адекватной, также не становится в достаточной степени фактором коррекции и регуляции поведения. Выявлены различия между группами психопатий. Для истерических и возбудимых психопатических личностей характерно нарушение прогнозирования с большим подчинением внешним влияниям и непосредственно предшествующим событиям.

Психопатические личности тормозимого круга обнаруживают тенденцию к предварительному «программированию» собственных действий, но во многих случаях это приводит к поступкам, внешне особенно нелогичным из-за недостаточно адекватной оценки ситуации и своих возможностей. Ретроспективная оценка своих поступков у психопатических личностей возбудимого и тормозимого круга более адекватна, чем у истерических личностей. Самооценка истерических психопатических личностей обнаруживает большую неадекватность с тенденцией к подчеркиванию собственной исключительности и по ряду признаков «псевдокомпенсаторная». На модели «уровня притязаний» В. В. Гурьдан выявил связь особенностей мышления при психопатиях со свойствами личности: самооценкой, уровнем притязаний и условиями деятельности, создаваемыми в значительной степени самими психопатическими личностями. Перечисленные факторы определяют своеобразные изменения критичности психопатических личностей, которые заключаются в недостаточной регуляции деятельности на основе прошлого опыта, неадекватной самооценке, уровне притязаний, неспособности к полноценному прогнозированию последствий собственных действий.

Своеобразные особенности имеет мотивация поведения у психопатических личностей. В этом вопросе имеются значительные противоречия. Многие психиатры и криминологи, главным образом зарубежные, считают психопатических личностей особенно склонными к противоправным поступкам из-за «невозможности отсрочить удовольствие», «импульсивности», «неспособности усваивать прошлый неудачный опыт» и т. д. При непосредственной квалификации правонарушений, судебно-психиатрической экспертизе их действия связываются со средовыми факторами, рассматриваются как обусловленные «реально-бытовыми мотивами».

Н. И. Фелинская с соавт. (1979), Т. П. Печерникова с соавт. (1983), анализируя мотивацию поведения психопатических личностей с клинических позиций, выделили реально-бытовую, психопатологическую и психопатическую. Психопатологическая мотивация встречается относительно редко — при паранойяльных развитиях, иногда при «глубокой психопатии», и связана

с комплексом болезненных переживаний. Психопатическая мотивация встречается чаще, может быть как у вменяемых, так и у невменяемых психопатических личностей и отражает стержневые черты той или иной формы психопатии: жажду признания при истерической, невозможность отсрочить удовлетворение сиюминутной потребности при возбудимой, избегания субъективных перегрузок при тормозимой.

Специальные патопсихологические исследования позволили В. В. Гульдону (1984) уточнить особенности мотивации противоправного поведения психопатических личностей и обосновать несколько основных мотивов их поступков. 1. Аффектогенные мотивы, при которых мотивирующую силу приобретают эмоциональные факторы в результате реальной или условно-патогенной психической травмы. 2. Импульсивные и анэтические мотивы со стремлением к непосредственному удовлетворению актуальных потребностей при игнорировании социальных и правовых норм. При этих мотивах действия могут реализоваться без плана в зависимости от наличия объекта, способного удовлетворить актуальную потребность. Зачастую это корыстные действия. 3. Мотивы, связанные с психопатической самоактуализацией. Они непосредственно зависят от основных черт личности и во многом соответствуют описанным клиницистами психопатическим мотивам поведения. 4. Мотивы, связанные с неадекватным опредмечиванием потребностей, при которых антиобщественные действия отражают реализацию потребностей с помощью биологически неадекватных или недопустимых правовыми нормами объектов (объектов-суррогатов). Этими мотивами могут быть объяснены истинные расстройства влечений. 5. Мотивы противоправных действий, связанные с суггестивной подчиняемостью, когда поступки определяются влиянием групповых норм или субъективно авторитетных образцов поведения.

Очевидно, что мотивация противоправного поведения у психопатических личностей следует тем же закономерностям, что и у здоровых. В основе формирования антиобщественных поступков лежат одинаковые потребности. Никаких особых криминогенных потребностей у психопатических личностей не имеется. Можно говорить лишь о некоторых особенностях формирования мотивов и способов их реализации при психопатии, что имеет определенное значение для профилактики противоправного поведения.

### **Дифференциальная диагностика**

Психопатии приходится отграничивать от ряда психических расстройств, прежде всего от психопатоподобных синдромов органического генеза, шизофрении, неврозов.

Последствия органических поражений мозга с психопатоподобными проявлениями можно отличить по данным анамнеза

о перенесенном соответствующем заболевании или черепно-мозговой травме, по явной неврологической симптоматике. Имеют значение признаки психоорганического синдрома.

Основными дифференциально-диагностическими признаками, позволяющими отграничить психопатии от неврозов, служат описанные О. В. Кербиковым (1971) субъективное чувство болезни, чуждость патологических проявлений личности, вегетативные компоненты невротических расстройств.

Наибольшие трудности возникают при дифференциальной диагностике психопатий и шизофрении. В этих случаях до  $\frac{1}{3}$  диагнозов ошибочные, причем бывает гипердиагностика как психопатии, так и шизофрении.

При подходе к их разграничению следует учитывать основное психическое расстройство. Можно утверждать, что психопатии — это аномалии характера и прежде всего эмоционально-волевой сферы, а для шизофрении главное — это нарушение познавательной деятельности с расстройствами хода мышления. Остальные симптомы подчинены им и следуют за ними. Негативная шизофреническая симптоматика, в первую очередь снижение побуждений к деятельности, извращение эмоциональных реакций, зависит от первичных мыслительных нарушений. При психопатиях наблюдаются обратные взаимоотношения: на первом месте стоят эмоциональные расстройства с соответствующим поведением, с неадекватностью аффективных ответов. Особенности мышления в виде парциальной не критичности, затруднений в прогнозировании своих поступков, кататимности умозаключений связаны с ними и подчинены им.

Психопатии в целом свойственна сохранность единства характерологических проявлений с детства и на протяжении жизни с их усилением, иногда трансформацией в пубертатном возрасте. Для шизофрении характерен «процессуальный сдвиг», когда у различных по преморбидным особенностям подростков возникают клинически близкие психопатоподобные состояния с внезапным изменением поведения, интересов, влечений, ненавистью к близким, жестокостью, злобностью и агрессивностью. Обычно эти состояния развиваются аутохтонно. Изменения интенсивности психопатических расстройств у личностей психопатического склада психогенно или ситуационно обусловлены. При шизофрении в подростковом возрасте происходят необъяснимое снижение школьной успеваемости, своеобразные изменения самосознания с жалобами на неопределенные неприятные ощущения в области сердца, желудка, нарушения зрения. Расстройство познавательной деятельности и диффузная ипохондричность не отмечаются при психопатиях. При психопатии ухудшение школьной успеваемости обычно обусловлено ухудшением дисциплины, неправильным поведением в школе.

На дальнейших этапах отличием от психопатии служат все более отчетливые негативные симптомы и позитивные проявления.

Сложно бывает различить доминирующие и паранойяльные идеи в рамках психопатии и бредовые идеи при шизофрении. Здесь опорными признаками становятся реальный психотравмирующий «толчок», предшествующий формированию патологических идей при психопатии; сохранность стержневой линии, «попранных прав» при сутяжничестве или «супружеской неверности» при идеях ревности; отсутствие нелепости и отрыва от реальной ситуации, адекватная эмоциональная окраска (обида, уязвленное самолюбие на фоне субдепрессии при идеях ревности, гипоманиакальный фон при сутяжничестве), ригидность мышления и «кривая логика». Приведенные признаки свойственны патологическим развитиям у психопатических личностей.

Очевидно, что описываемые дифференциально-диагностические принципы отражают лишь общее направление в разграничении психопатий и шизофрении.

### Вопросы этиологии и патогенеза

Во взглядах на генез психопатий можно выделить 3 основных направления. 1. Психопатия есть наследственное или возникшее в результате повреждения зародыша состояние. Подтверждение этому — раннее выявление психопатических особенностей, их малая обратимость, относительная стойкость и однотипность в течение жизни; сходство черт личности у больных и их родителей; отклонения ЭЭГ, неврологические знаки и т. д. [Ганнушкин П. Б., 1933; Гуревич М. О., 1944; Kraepelin E., 1904—1915; Petrilowitsch N., 1960; Sluga W., 1968; Liebnek K., 1969, и др.]. 2. Психопатия есть патология поведения, обусловленная внешними, преимущественно микросредовыми, влияниями, она формируется в течение жизни, с отчетливостью выявляется после пубертатного периода. Нередко возникает у лиц с нарушенными условиями воспитания (утрата родителей, их неправильное поведение — алкоголизм, асоциальность, неверные дидактические установки и пр. [Ленц А. К., 1927; Tramer M., 1949; Bowlby J., 1956; Heuyer G., 1956; McCord V., McCord J., 1956; Greer S., 1964; Gregory I., 1966, и др.]). 3. Комплексная точка зрения, признающая оба типа формирования психопатий, постулирующая полиэтиологичность психопатий. Наиболее последовательно эта идея выражена О. В. Кербиковым и его учениками. Он описывал ядерные и краевые психопатии. Первые соответствуют конституциональным, врожденным, вторые — нажитым, приобретенным под влиянием неблагоприятных факторов окружения. Дальнейшие исследования позволили выделить еще органические психопатии как вариант нажитых, приобретенных. Развитие указанных положений О. В. Кербикова позволило В. А. Гурьевой, В. Я. Гиндикину (1980) наметить группировку психопатий с учетом их происхождения. Они отмечают, что в анамнезе психопатических личностей в порядке уменьшения

частоты имеются неправильное воспитание, конфликтные ситуации и психогении в семье, тяжелые материально-бытовые условия в детстве, соматические заболевания раннего постнатального периода, психопатологическая наследственность и алкоголизм родителей. Часто бывает сочетание этих факторов. Авторы явно отдают предпочтение социальным обстоятельствам в генезе психопатий, но подчеркивают, что при одних формах преобладают конституционально-наследственные факторы, при других — социально-средовые. Это, по их мнению, свидетельствует о клиническом единстве психопатий. Г. Е. Сухарева (1959), признавая существование приобретенных психопатий наряду с врожденными, ведущим в их происхождении считает биологические причины. Она писала: «Для развития психопатий наряду с *основной причиной*, вызывающей врожденную или рано приобретенную недостаточность нервной системы, необходим еще и другой фактор — неблагополучие социальной среды и отсутствие корригирующих влияний при воспитании ребенка. Этот второй фактор является тем *существенным условием*, при отсутствии которого психопатия может и не развиваться» (подчеркнуто Г. Е. Сухаревой). Биологические основы психопатий автор рассматривает в эволюционном аспекте, как аномалию онтогенеза нервной системы.

Существование биологической основы, «органического радикала» психопатий подтверждается рядом исследований. Так, ряд авторов выявляют у психопатических личностей сдвиги вегетативной нервной системы. У них находят также различные микроорганические знаки, не связанные с какой-либо перенесенной неврологической патологией [Халецкий А. М., 1944; Шпацерман М. Д., 1960; Thompson J., 1946; Goas K., 1956, и др.]. К. И. Гладкова (1978) показала, что патология в родах достоверно чаще встречается в анамнезе психопатических личностей, и чем она выраженнее, тем раньше появляются признаки психопатии. Вместе с тем, по ее данным, некоторые социальные факторы (неполная семья, плохие материально-бытовые условия в детстве, конфликты между родителями) влияют на раннее начало психопатии и частоту декомпенсаций.

Многочисленные данные изучения ЭЭГ при психопатиях свидетельствуют об определенной незрелости мозговых структур. Находили тета- и дельта-ритмы, асинхронность колебания [Гранстрем Н. Э., 1954; Стрелец В. Б., 1979; Freed L. F., 1967, и др.]. А. И. Иваницкий и сотр. (1979) установили, что при психопатиях страдают селективное внимание и третий этап восприятия — опознание образа и принятие решения в результате недостаточного использования прошлого опыта. Э. А. Костанов с соавт. установили, что у психопатических личностей восприятие внешних сигналов существенно изменяется под влиянием эмоциональных факторов. Эти психофизиологические исследования показывают, что организация высших корковых функций при психопатиях изменена. И. П. Анохина (1983) полагает,

что биологическим фактором, обуславливающим неустойчивость к эмоциональным воздействиям при психопатиях, являются генетически детерминированные или приобретенные в течение жизни особенности функционирования катехоламиновых систем.

Исследование противомозговых антител в крови психопатических личностей [Кузнецова Н. И., Шостакович Б. В., 1970] показало учащение серопозитивности, что также свидетельствует об определенных изменениях мозговых структур и подтверждает существование «органического радикала» психопатии.

Изучение лиц с так называемой органической психопатией позволило прийти к выводу, что динамические сдвиги у них зачастую обуславливают наиболее выраженные нарушения адаптации. Для всех этих лиц характерно сочетание неблагоприятных биологических условий формирования (детские инфекции, авитаминозы, легкие черепно-мозговые травмы без потери сознания в раннем детстве) с нарушенным воспитанием и неблагоприятной средой (алкоголизм родителей, безнадзорность, ранний отрыв от семьи, неполная семья и пр.).

Таким образом, представляется обоснованным положение о генезе психопатии как сложном сочетании биологических и социальных причин.

При этом в разных группах психопатий и при разных состояниях значение этих факторов неодинаково.

### Лечение

В состоянии компенсации психопатические личности в специальном лечении не нуждаются. Скоропроходящие психопатические реакции также обычно остаются без лечения. Ведущее значение в преодолении психопатических обострений имеет психотерапия. Можно применять различные ее разновидности — от рациональной психотерапии до гипнотерапии. Выбор методического приема зависит от формы психопатии и варианта динамики.

Медикаментозная терапия дает возможность ослаблять или устранять отдельные проявления психопатического обострения. В случаях эксплозивности, повышенной аффективной лабильности показаны препараты бензодиазепинового ряда в строго индивидуальных дозах. Убедительный эффект достигается при лечении неулептилом и другими «корректорами поведения». При значительной брутальности, злобности, агрессивности показаны нейролептики типа левомепромазина (тизерцина). Истерические реакции у психопатических личностей неплохо купируются хлорпромазином (аминазином).

Астенические особенности тормозимых личностей могут быть скорректированы с помощью стимуляторов (сиднокарб) и некоторых транквилизаторов (седуксен, грандаксин и т. д.). Определенное место в терапии психопатических обострений с дистимическими расстройствами находят антидепрессанты, в малых

дозах устраняющие сниженный фон настроения, улучшающие состояние.

Состояния типа «глубокой психопатии» требуют более интенсивного и длительного лечения с применением как указанных медикаментозных средств, так и психотерапии.

Патологические развития с формированием паранойяльных идей лечат антипсихотическими средствами, воздействующими на бредовую структуру. Вместе с тем и здесь имеет значение рациональная психотерапия, хотя обычно состояние улучшается после разрешения патогенной ситуации, вызвавшей развитие болезненных идей. Медикаментозное лечение в этих случаях обычно лишь снижает актуальность бреда и компенсирует его аффективное обрамление.

### Судебно-психиатрическое значение

Проблема соотношения преступления и личности преступника существует с глубокой древности. Оставаясь криминологической, она затрагивает и судебную психиатрию, в первую очередь случаи психопатии. С момента выделения понятия психопатии не утихает дискуссия о связи особенностей психопатических характеров с криминальными действиями. Эти споры отражают две основные точки зрения на сущность психопатий и преступности: биологизаторскую концепцию, восходящую к Ломброзо и Фрейдю, и социологическую, связанную с именами G. Merton, J. Bowlby. При биологизаторском подходе психопатия рассматривается как биологическое, конституциональное явление, результат неблагоприятной наследственности, анте- и постнатальных повреждений мозга. Преступление тесно связывается с глубоко личностными причинами, характером, темпераментом, инстинктами, стремлением к разрушению, фрустрацией. Криминальное поведение выводится из биологически обусловленных особенностей индивида, его неполноценности.

Вторая точка зрения расценивает психопатию как следствие неблагоприятных влияний окружающей среды. Преступное поведение тоже обусловлено отрицательными внешними условиями. Следовательно, согласно социологической концепции, внешние воздействия в равной степени формируют психопатию и криминальное поведение. Оно достаточно характерно для личностных нарушений и является по существу симптомом психопатии. В связи с этим целесообразно говорить не о психопатии, а о социопатии как социально обусловленном и антисоциальном явлении.

Очевидно, что внешне диаметрально противоположные точки зрения в конечном счете совпадают и сводятся к мысли о неизбежности антиобщественного и преступного поведения психопатических личностей.

Если принимать целиком мнение об особом средстве преступности и психопатии, то остается непонятным, почему боль-

шая часть психопатических личностей никогда не сталкиваются с законом, а сущность и мотивация противоправных поступков в абсолютном большинстве не отличаются от таковых у психически здоровых. В этой связи Т. С. N. Gibbens (1955) подчеркнул, что представления о значении психической ненормальности в криминальном поведении — пережиток, а Е. А. Попов (1959) писал о том, что преступное поведение психопатических личностей является следствием не их психических аномалий, а социально-психологических установок. Социальная установка может быть положительной или отрицательной при одинаковых особенностях характера и сама по себе не является основанием для оценки личности как психопатической или непсихопатической.

В современной криминологии при общих установках о преимущественно социальной обусловленности преступного поведения существуют два направления. Одни авторы считают, что биологические особенности личности играют роль в криминальном поведении, но они недооцениваются при объяснении причин и характера преступлений [Ной И. С., 1975; Noyes A. P., Kolb D. C., 1963]. Другие полагают, что в криминальных поступках отражаются главным образом сформированные в течение жизни антиобщественные установки личности независимо от биологических основ индивида [Сахаров А. Б., 1961; Карпец И. А., 1969; Дубинин Н. П. и др., 1981; Кудрявцев В. Н., 1982].

Социальная детерминированность всех поступков людей, живущих в обществе, является аксиомой. В поведении психопатических личностей отражается этот основной принцип. Определенные формы поведения складываются исторически и вытекают из общественных отношений. Если в поведении здорового человека в той или иной степени сказываются особенности его темперамента и характера, то еще больше это касается психопатических личностей. Более полувека назад авторы предисловия к книге «Психопатии и их судебно-психиатрическое значение» писали, что поступки и действия, в том числе криминальные, лиц психопатического склада «пронизаны теми же мотивами, какими руководствуются и прочие люди в разных жизненных ситуациях. Реализация же этих действий... часто носит причудливый характер... она поражает своей напряженностью... иногда нелепостью и угловатостью, иногда односторонней продуктивностью»<sup>1</sup>. Специально проведенные клинико-статистические исследования показали определенную связь между типом личности и характером криминала. Однако прямой зависимости между этими факторами отметить не удастся. В частности, нет оснований утверждать, что возбудимые психопатические личности более склонны к насильственным действиям, чем, на-

---

<sup>1</sup> Предисловие к сб: Психопатии и их судебно-психиатрическое значение. — М., 1934, с. 4.



пример истерические, или что представители каких-то групп психопатии совершают преимущественно корыстные действия и пр. В правонарушениях психопатических личностей могут отражаться характерологические черты: жесткость, мстительность, стремление обратить на себя внимание окружающих. Эти особенности могут влиять на мотивацию поступков, но не определяют преступное поведение и не создают прямую корреляцию типа психопатий и криминального действия.

### Судебно-психиатрическая оценка

Психопатические личности, совершившие правонарушения в состоянии компенсации, а таких абсолютное большинство, признаются вменяемыми. Эта общепринятая точка зрения обусловлена представлениями о психопатии как аномалии личности, а не болезни в смысле медицинского критерия ст. 11 УК РСФСР, и сознательности их поступков, т. е. отсутствии и признаков юридического критерия невменяемости.

В то же время до 3% подэкспертных психопатических личностей признаются невменяемыми. При разных формах психопатий число невменяемых различно: реже всего невменяемость бывает при истерической психопатии — около 1,5%, чаще всего — при тормозимой, достигая 20%. Психопатические личности могут быть невменяемыми только в состояниях динамических сдвигов психопатии.

Срыв компенсаторных механизмов — декомпенсация — происходит в субъективно значимой для личности психотравмирующей ситуации. Обычно в этих условиях возникают психопатические реакции разной клинической структуры. В зависимости от того, облигатные или факультативные черты личности подверглись изменениям, наблюдаются неодинаковые уровни нарушения социальной адаптации и разные проявления психопатической декомпенсации. Реакции с обострением преимущественно облигатных сторон личности (реакции, однозначные типу психопатии) должны рассматриваться как не влекущие невменяемости, несмотря на то что при них могут наблюдаться аффективная логика и психопатическая мотивация. Обоснованием вменяемости здесь служат отсутствие тотальности психопатических нарушений, достаточная сохранность социальной адаптации до правонарушения. Психопатический склад личности делает эти реакции лишь более яркими, острыми.

Невменяемость при неоднозначных типу психопатии реакциях обусловлена значительным извращением эмоциональности, выражающейся в крайней злобности, жестокости на фоне депрессивного или сниженного настроения. Эти признаки зачастую заметны до деликта. Социальная адаптация оказывается измененной, обнаруживаются сниженная работоспособность, утомляемость, конфликтность. Нарушение критического отношения к своим поступкам, действия «вопреки ожиданию» при-

водят к утрате способности руководить своими действиями и отдавать себе отчет в них. Сравнительная кратковременность этих реакций, их связь с внешними поводами дают право приравнять их к временным болезненным расстройствам психической деятельности.

Вместе с тем неоднозначные реакции по типу истерического поведения появляются весьма часто также у лиц без психопатических черт характера, являясь примитивной формой реагирования, по Е. Kretschmer. Истерические реакции не сопровождаются выраженными расстройствами мышления, утратой критических способностей, поэтому лиц с подобным типом реакций следует считать вменяемыми.

При психопатических развитиях типа «глубокой психопатии» длительно сохраняется крайняя утрированность всех особенностей личности, есть изменения мышления с нарушением критических способностей и прогноза, изменения мотивационной сферы, о которых говорилось выше. Эти явления сопровождаются утратой или значительным снижением социальной адаптации. Совокупность этих признаков и обуславливает неменяемость по признакам «нных болезненных состояний» медицинского критерия формулы неменяемости ст. 11 УК РСФСР.

Судебно-психиатрическая оценка патологического паранойяльного развития зависит от этапа и психопатологического содержания синдрома. Доминирующие идеи как образования, лежащие в пределах психологических переживаний (аффективно окрашенные мысли и представления), качественно не меняют структуру личности и грубо не нарушают социальную адаптацию, поэтому они не исключают вменяемости.

Психотический характер паранойяльного развития личности представляет собой качественно новое образование в клинике психопатий. Длительность и стойкость паранойяльного синдрома дает право расценивать его в качестве хронического психического заболевания ст. 11 УК РСФСР. Наличие бредового состояния лишает больного возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

В относительно редких случаях паранойяльное развитие возникает у осужденных; им следует рекомендовать лечение в психиатрических больницах мест заключения. Сохранность паранойяльного синдрома, несмотря на лечение, обуславливает необходимость перевода таких больных в психиатрические больницы на принудительное лечение как хронически психически больных в соответствии со ст. 362 УПК РСФСР.

Декомпенсации психопатии у осужденных обычно преходящи, но зачастую требуют лечения в психиатрических больницах мест заключения с последующим возвращением таких лиц после улучшения состояния для отбытия наказания.

Психопатические личности, признанные неменяемыми в связи с динамическими сдвигами, нуждаются в применении мер медицинского характера. Кратковременность и обратимость

психопатических реакций позволяют рекомендовать принудительное лечение в общих психиатрических больницах или даже лечение на общих основаниях, так как обычно к моменту экспертизы признаки обострения психопатии сглаживаются и не всегда имеются показания к принудительному лечению. Вместе с тем разного рода осложнения психопатии (алкоголизм, наркомания, иногда затянувшиеся невротические расстройства) несомненно требуют лечебных мероприятий при декомпенсациях психопатии.

При «глубокой психопатии» назначение принудительного лечения обязательно, так как комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий может способствовать компенсации психических нарушений. В случаях повторных и особенно многократных опасных действий можно рекомендовать принудительное лечение в специальных психиатрических больницах, хотя обычно правонарушение нетяжелое. При паранойяльном развитии личности выбор вида принудительного лечения зависит от содержания бредовых переживаний больного и особенностей правонарушения.

Экспертиза психопатий в гражданском процессе проводится редко. Следует отметить, что в период компенсации психопатические личности несомненно дееспособны. Заключение каких-либо сделок во время психопатических реакций сомнительно. При «глубокой психопатии» возможность понимать значение своих действий и руководить ими определяют индивидуально. По-видимому, в ряде случаев здесь приходится говорить о недееспособности с учреждением опеки, но компенсация состояния должна непременно приводить к восстановлению дееспособности. Бредовой комплекс при паранойяльном развитии чаще всего влечет недееспособность больного и учреждение опеки. Однако необходимо учитывать конкретное содержание оспариваемого гражданского дела и социальную адаптацию больного. В частности, длительное сутяжное развитие с патологической активностью требует признания больного недееспособным с обязательным назначением опеки. Идея ревности делают нецелесообразным сохранение брачных отношений, необходимость опеки здесь зачастую сомнительна, оценка психоневротического развития должна быть индивидуальной.

## Глава 23

### РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Реактивными (психогенными) состояниями называются временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие в ответ на психическую травму.

Термин «реактивные состояния» принят преимущественно в советской психиатрической литературе. В западноевропей-

ской и американской литературе аналогичные состояния описываются под различными названиями: аномальные реакции, психогенные реакции и т. п.

Реактивные состояния включают в себя неврозы и реактивные (или психогенные) психозы.

Основным клиническим признаком реактивных психозов является продуктивная психотическая симптоматика, которой нет при неврозах. Неврозы развиваются чаще под влиянием длительного воздействия травмирующей ситуации, а реактивные психозы — в результате острой, сильной психической травмы.

Возможность развития реактивного психоза после стадии невроза, а также формирование невротического состояния после перенесенного реактивного психоза свидетельствуют о нозологическом единстве психогенных психозов и неврозов.

Отсутствие терминологического единства в обозначении неврозов и реактивных психозов отражает различие взглядов отдельных авторов на их патогенез и клинические границы.

### Краткие исторические сведения

Неврозы — понятие, введенное шотландским врачом W Cullen (1776), первоначально подчеркивало функциональный характер страдания. В дальнейшем благодаря работам K Strümpel (1878), C Westphal (1880), J. Carcot (1888), P Janet (1892) и других исследователей была отмечена психогенная обусловленность расстройств, объединяемых этим понятием.

В этом плане неврозы тесно смыкаются с другими психогениями.

В развитии учения о психогениях можно выделить 3 этапа.

1 Психологический этап. Теоретическое обоснование психологического направления в проблеме психогений получило в известных положениях K Jaspers (1913). Согласно K Jaspers, психогенные состояния относятся к истинным реакциям, которые объединяют 3 критерия: они возникают психологически понятным образом из переживания, отражают в своей симптоматике содержание психической травмы и в своем течении непосредственно зависят от этой психической травмы. Предложенная триада отграничения реактивных состояний и выделения их из других форм в период становления понятия психогений имела безусловный клинический смысл и была принята большинством авторов.

2 Клинико-описательный этап, когда были выделены основные формы реактивных состояний.

Большая часть реактивных состояний рассматривалась как истерические психозы, но некоторые формы (галлюцинаторно-параноидные) описывались сначала в рамках паранойи.

Одним из первых описал психогенно обусловленные обратимые параноидные психозы П. Б. Ганинушкин (1904). Эта работа способствовала объединению психогенных параноидных и галлюцинаторно-параноидных психозов в группу психогенных реакций и выделению их из круга паранойи.

Таким образом, в начале XX века были выделены две основные клинические группы психогенных реакций: группа, объединяющая различные истерические синдромы, и группа синдромов, характеризующихся психогенным бредообразованием первоначально выделенных из круга паранойи.

Дальнейшие исследования проблемы психогений шли в направлении поисков конституциональных особенностей, определяющих формы реагирования на внешние вредности [Kretschmer E., 1926].

В процессе изучения преморбидных особенностей личности в патогенезе психогений было положено начало исследованиям реагирующей почвы в более широком плане. При этом выявилась роль не только конституциональных

особенностей, но и комплекса экзогенных и прежде всего соматогенных и социальных факторов в течении реактивных психозов [Осипов В. П., 1941; Жислин С. Г., 1940, 1950; Бунеев А. Н., 1944, 1946; Гиляровский В. А., 1944, 1946].

Современные исследования выявили влияние преморбидных особенностей на форму реактивных состояний, предпочтительное оформление и динамику психогенных синдромов [Кудрявцев И. А., 1985].

При изучении реактивных состояний были описаны различные психопатологические формы и, в частности, синдромы, которые ранее считались патогномоничными для шизофрении: синдром деперсонализации при реактивной депрессии, синдром Кандинского — Клерамбо при реактивных параноидах, а также ступор с кататонической симптоматикой.

Дальнейшее накопление клинических фактов вскрыло условность и ограниченность критериев, выдвинутых К. Jaspers, не охватывающих всех клинических вариантов психогений П. Б. Ганнушкин (1933), а затем Е. А. Шевалев (1935) отметили, что нередко реактивное состояние возникает не непосредственно вслед за психической травмой, а может быть отставленным. Несостоятельность второго критерия К. Jaspers также была подчеркнута П. Б. Ганнушкиным (1933), а в дальнейшем рядом других авторов [Бунеев А. Н., 1940, 1946; Гиляровский В. А., 1944; Фелинская Н. П., 1959, 1966; Janzarik N., 1949; Bleuler E., 1950; Weitbrecht H., 1954; Bleuler M., 1962; Schneider K., 1962; Binder H., 1966], указывавших, что психологически понятная связь содержания психопатологической симптоматики с предшествующей психотравмирующей ситуацией возможна и при шизофрении, и при других психических заболеваниях. Такой же критической оценке был подвергнут и третий критерий К. Jaspers. Убедительно показано, что далеко не всегда динамика реактивного состояния зависит от сохранения или устранения травмирующей ситуации, а также не всегда истинно психогенные психозы полностью обратимы [Введенский И. Н., 1926, 1929; Краснушкин Е. К., 1928; Ганнушкин П. Б., 1933; Shipkovensky H., 1960].

3. Комплексное клинко-патогенетическое изучение реактивных состояний. Оно было направлено на отдельные стороны патогенеза реактивных психозов — нейрогуморального звена, биоэлектрической активности мозга и нейродинамики — на различных этапах и в сопоставлении с различными типами течения заболевания.

Представление о реактивном психозе как о болезни, при которой этиологический фактор — психическая травма — опосредуется функционально-динамическими церебральными механизмами, определило последующее развитие этой проблемы, в основу которого положен динамический принцип (Н. П. Фелинская, Г. В. Морозов). Изучение закономерностей синдрообразования и типов течения реактивных психозов способствовало разработке критериев прогноза психогенных расстройств, их отграничения от шизофрении и обобщающих принципов судебно-психиатрической оценки.

Итогом последнего периода изучения психогений в судебно-психиатрической клинике явилась современная концепция реактивных психозов, понимаемых как болезнь в клинко-нозологическом смысле этого слова. Однако и в настоящее время ряд авторов ставят под сомнение нозологическую самостоятельность реактивных психозов.

Формы с галлюцинаторно-параноидными, депрессивно-параноидными синдромами до последнего времени рассматриваются в плане генетической близости с шизофренией, что находит отражение в обозначениях подобных состояний: шизофреноподобные психозы [Langfeldt C., 1958; Strömngren E., 1959; Achte K., 1961; Rohr R., 1961; Labhardt F., 1963], шизоидные психозы [Kläsi L. et al., 1939; Staehelin J., 1955].

Катамнестические исследования, широко проводившиеся в последнее время, показали, что диагноз реактивного психоза в последующем подтверждается не всегда: по данным P. Faergeman (1963), в 50%, W. Retterstl (1966) — в 90% случаев. M. S. McCabe (1975) отмечает на своем материале минимальный процент подобных диагностических расхождений и считает психогенные психозы самостоятельной диагностической категорией.

Таким образом, до последнего времени не существует единой точки зре-

ния на само понятие «реактивные состояния», их клинические проявления, закономерности синдромообразования и исходы. Вместе с тем указанные вопросы на современном этапе изучения психогений являются ключевыми и определяют взгляды на клинические границы и нозологическую самостоятельность этих состояний.

Основное современное направление в исследовании психогений в отечественной психиатрии — изучение психопатологической структуры синдромов, их динамики, сравнение с психопатологически сходными синдромами иного генеза, прежде всего с шизофренией, дебютирующей в психотравмирующей ситуации. Важным аспектом остается исследование биологических основ патогенеза реактивных состояний. Возникает ряд новых вопросов, прежде всего связанных с патоморфозом реактивных психозов.

Результаты проведенных исследований способствовали решению ряда теоретических вопросов в общей проблеме психогений, а также разработке критериев диагностики, обоснования патогенетически целесообразного лечения, что лежит в основе дифференцированных экспертных решений.

## Клинические проявления и дифференциальная диагностика

### *Неврозы*

Неврозами называются реактивные состояния, возникновение которых связано не столько с острыми психическими травмами, сколько с длительно существующими конфликтами. В развитии неврозов большое значение имеют особенности личности, которые отражают слабость высшей нервной деятельности, низкую физиологическую выносливость к различным психическим травмам.

При неврозах на первый план выступают аффективные нарушения без грубых интеллектуальных расстройств. В клинической картине неврозов независимо от их формы большое место занимают разнообразная соматовегетативная симптоматика и астенические проявления. Клиническая картина невротических явлений очень разнообразна и определяется не только формой невроза, но и стадией его развития.

В отечественной психиатрии выделяют 3 основных типа неврозов: истерический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастению [Кербиков О. В., 1971; Коркина М. В., 1968; Фелинская Н. И., 1968, Смулевич А. Б., 1983].

**Истерический невроз** чаще встречается в судебно-психиатрической практике. Нередко он возникает при истерической психопатии, а также у лиц с другими патологическими чертами характера, но может возникнуть и у людей без соответствующих личностных особенностей.

Клиническая картина истерического невроза чрезвычайно многообразна. Схематически все истерические проявления можно разделить на 4 основные группы: двигательные, сенсорные, вегетативные и психические расстройства.

Истерические припадки выразительные, длительные, сопровождаются слезами, стонами, криками. Истерические расстройства двигательной сферы обычно не соответствуют анатомической иннервации (паралич одной руки, обеих рук или ног, всех

конечностей). Истерические контрактуры отмечаются в мышцах конечностей, иногда мышцах шеи, туловища. Нередко встречаются явления астазии-абазии (отказ от стояния и ходьбы при полной сохранности опорно-двигательного аппарата). Такие больные, лежа в постели, совершают произвольные движения конечностями, изменяют положение тела. Однако при попытке их поставить они падают, не опираются на ноги. Иногда при длительно существующих параличах наступают вторичные атрофии. При истерическом параличе голосовых связок отмечается истерическая афония (утрата звучности голоса). При истерическом мутизме сохраняется способность к письменной речи и не нарушаются произвольные движения языком. Очень характерны истерические гиперкинезы — дрожание различной амплитуды. Гиперкинезы усиливаются при волнении и исчезают в спокойной обстановке, а также во сне. Иногда наблюдаются тики в форме судорожных сокращений отдельных групп мышц. Судорожные нарушения речи проявляются в истерическом заикании.

Сенсорные нарушения чаще представляют собой понижение или утрату кожной чувствительности. Характерно, что изменения чувствительности также не соответствуют зонам иннервации, а отражают представления об анатомическом строении конечностей и частей туловища (по типу перчаток, чулок). Отмечаются также болевые ощущения в различных частях тела и различных органах. Довольно часто встречаются нарушения деятельности отдельных органов чувств: истерическая слепота (амавроз), глухота. Нередко истерическая глухота сочетается и с истерическим мутизмом, составляя истерическую глухонемоту (сурдомутизм).

Вегетативные нарушения занимают большое место в клинической картине истерического невроза. Часто возникающий спазм гладкой мускулатуры определяет такие характерные симптомы, как чувство сжатия горла (истерический ком — *globus hystericus*), ощущение непроходимости пищевода, недостатка воздуха. Нередко встречаются истерическая рвота, не связанная с каким-либо заболеванием желудочно-кишечного тракта, метеоризм, понос, спазм мочевого пузыря, тахикардия, аритмия, одышка.

Отмеченные функциональные нарушения, возникая обычно в психотравмирующей ситуации, обуславливают удаление из этой ситуации. Приобретая таким образом «условную желательность», нарушения в дальнейшем могут зафиксироваться и повторно воспроизводиться в субъективно трудных ситуациях.

Психические нарушения еще более выразительны и многообразны, чем все другие проявления истерического невроза. Преобладают эмоциональные нарушения: страхи, колебания настроения, подавленность и депрессия. За внешней выразительностью, экспрессивностью, патетикой и театральностью

скрываются часто очень поверхностные эмоции. Нередко ведущее место занимают фобии, преимущественно ипохондрические. В ряде случаев реакция на травмирующую ситуацию проявляется в усилении фантазирования. Фантазии отражают замещение действительности контрастными по содержанию вымыслами, стремлением к уходу из непосильной стрессовой ситуации.

Дифференциальная диагностика при истерическом неврозе проводится с расстройствами, наблюдаемыми при органическом поражении центральной нервной системы. Истерический припадок отличается от эпилептиформного и эпилептического непосредственной связью с травмирующим поводом. Он не имеет последовательности стадий, наблюдаемой при эпилепсии (тоническая, затем клоническая стадия). Движения выразительны, припадок сопровождается плачем и стоном, нет полной потери сознания, тяжелых ушибов при падении, непроизвольного мочеиспускания, прикусов языка, цианоза лица; зрачки реагируют на свет, сохраняется реакция на резкие раздражители. Припадок не сопровождается угнетением сухожильных рефлексов. Истерический припадок может продолжаться несколько часов (особенно если больному уделяют внимание). После припадка наблюдается длительная фаза постепенного успокоения, иногда с рецидивами в виде бурных эмоциональных взрывов, слез, жалоб и стонов. В последнее время клиническая картина истерического невроза видоизменяется — уменьшаются двигательные нарушения и преобладает истерическая депрессия с соматовегетативными расстройствами. Эпилептиформные припадки, связанные с травматическим поражением лобной области, трудно отличить от истерических. Дифференциальной диагностике помогают анализ структуры личности, изменения психики по травматическому типу, наличие дисфорий, а также известная последовательность в развитии приступа при травматическом поражении лобной области (фаза вегетативных расстройств, фаза растормаживания стволовых движений, фаза тонического напряжения, фаза обездвиженности). Неврологически отмечаются симптомы поражения лобной области.

При дифференциальной диагностике истерических параличей и парезов имеет значение их локализация, не соответствующая иннервации. При истерических параличах сухожильные рефлексы не нарушаются. Во время сна истерические параличи могут исчезать. То же можно сказать и о других двигательных расстройствах (гиперкинезы, тики и др.). Не соответствующую неврологическим данным локализацию имеют также истерические анестезии и болевые ощущения, часто они не поддаются воздействию болеутоляющих средств, хорошо снимающих болевой характер.

При истерической слепоте больные обычно обходят опасные места, что свидетельствует об известной сохранности восприятия. Наряду с этим они обнаруживают большую образность и



живописность в демонстрации компенсаторных навыков слепых (ходят, широко разбросав руки, ощупывая предметы, натываясь на них). Истерическая глухота обычно бывает неполной и избирательной. При разговорах на травмирующие темы глухота иногда частично снимается. Выражение лица при истерической глухоте остается живым, внимательным.

При истерической афонии кашель, икота остаются звучными. При истерическом мутизме больные живо реагируют на окружающее, стремятся к контакту, иногда пишут. Понимание речи не нарушено. При истерическом заикании отмечается многократное повторение первых звуков или слогов, отсутствуют судорожные сокращения лицевой мускулатуры, не включаются в речь легко произносимые «заменяющие» слова. Заикание удерживается при шепотной речи, чего обычно не бывает при заикании другой этиологии.

Дифференциальная диагностика облегчается анализом структуры личности больного, способов его реагирования, психогенного возникновения истерического симптома, его клинической динамики.

При отграничении истерического невроза от малопрогредиентной шизофрении основное значение имеет динамика истерических проявлений. В отличие от истерических неврозов при шизофрении отмечаются гротескность и грубость истерических стигм, постепенная стереотипизация истерических проявлений при дальнейшем усложнении клинической картины присоединением нарастающих изменений личности, а также рудиментарных бредовых расстройств.

**Невроз навязчивых состояний** встречается в судебно-психиатрической клинике реже, чем истерический. Различают навязчивости отвлеченного, аффективно-нейтрального содержания и чувственно-образные навязчивости аффективного, обычно крайне тягостного содержания.

К отвлеченным навязчивостям относятся навязчивый счет, навязчивое воспоминание забытых имен, формулировок, терминов, навязчивое мудрствование (умственная жвачка).

Преимущественно чувственно-образные навязчивости тягостного аффективного содержания более многообразны. К этой группе относятся: 1) навязчивые сомнения, постоянно возникающая неуверенность в правильности и законченности совершенных действий; 2) явно неправдоподобные, абсурдные навязчивые представления, которые не могут быть устранены. Например, у матери, похоронившей ребенка, вдруг появляется чувственно-образное представление, что ребенок похоронен живым; 3) навязчивые воспоминания — непреодолимое, назойливое воспоминание о каком-либо неприятном событии, несмотря на постоянные усилия не думать о нем. К этому же ряду навязчивых явлений относятся навязчивые опасения в выполнении привычных, автоматизированных поступков и действий; 4) навязчивые страхи (фобии), особенно многообразные по содержанию

(страх высоты, страх пространства и т. д.), отличаются непреодолимостью; несмотря на их бессмысленность, с ними невозможно справиться; 5) навязчивые действия — движения, совершаемые против желания больных, несмотря на все усилия, чтобы их сдержать. Иногда первоначальные действия бывают целенаправленными (например, покашливание при ларингите или характерное вытягивание шеи, когда мешает слишком узкий воротник и т. п.), в дальнейшем они фиксируются, утрачивая смысл и целенаправленность. Навязчивые действия могут носить характер ритуалов, чаще защитных.

В легких случаях в связи с полной сохранностью критики и сознанием болезненности этих явлений страдающие неврозами скрывают навязчивости и не выключаются из жизни. При тяжелом неврозе на некоторое время исчезает критическое отношение к навязчивостям.

При судебно-психиатрической экспертизе следует иметь в виду, что только в некоторых, очень редких случаях тяжелых невротических состояний навязчивости могут приводить к антисоциальным действиям. В большинстве случаев больные неврозами навязчивых состояний вследствие критического к ним отношения и борьбы с ними не совершают криминальных действий, связанных с навязчивостями.

Дифференциальную диагностику невроза навязчивых состояний следует проводить с синдромом навязчивостей при других психических заболеваниях (шизофрения, органическое поражение головного мозга). Навязчивые состояния при неврозоподобной форме шизофрении возникают вне психогенного повода, чаще относятся к навязчивым мудрствованиям; навязчивые двигательные акты имеют вид стереотипий и сочетаются с постепенно нарастающей негативной симптоматикой.

Навязчивые состояния при органическом поражении головного мозга отличаются элементарностью, пароксизмальностью и однообразием проявлений, возникают в связи с астенизацией личности под влиянием органического заболевания.

**Неврастения** чаще развивается у лиц с астенической конституцией. В клинической картине ведущее место занимает астенический синдром, психическое и физическое истощение. Большую роль играет недостаточность сна, отдыха и длительность психотравмирующей ситуации, вызывающей постоянное психическое напряжение. Заболевание развивается, как правило, медленно. Сначала появляются повышенная возбудимость и лабильность нервной системы. В последующем повышенная возбудимость сопровождается повышенной истощаемостью. Из-за недостатка активного внимания, рассеянности ухудшаются усвоение нового материала, запоминание, снижаются творческая активность и продуктивность. Появляются головная боль, нарушения сна, невыносимость к обычным раздражителям — звуку, свету. Больные жалуются на разбитость, вялость, отсутствие энергии. Настроение обычно понижено. Имеются также нарушения вегета-

гивной нервной системы. Течение неврастения длительное и зависит, с одной стороны, от сохранения или разрешения психотравмирующей ситуации (особенно если эта ситуация вызывает постоянную тревогу и ожидание неприятности), с другой — от типа нервной системы и общего состояния организма. При изменившихся условиях симптомы неврастения обычно бесследно исчезают.

Дифференциальную диагностику при неврастении следует проводить с невротоподобными синдромами на начальных этапах шизофрении, органических болезней нервной системы (церебральный атеросклероз, травмы головы и т. д.), а также при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях.

При неврастении у больных всегда сохранены сознание болезни и стремление лечиться. Отсутствие измененной, неадекватной эффективности, а также нарушений мышления и мотивации поступков (особенно это относится к совершенному правонарушению) свидетельствует против шизофрении.

При органических заболеваниях тщательное исследование обычно выявляет свойственные таким больным невротические нарушения и характерную психопатологическую симптоматику (слабодушие, снижение памяти, при церебральном атеросклерозе — сосудистую лабильность и т. д.). При отграничении неврастения от соматически обусловленных астенических состояний большое значение имеют анамнестические сведения о перенесенном тяжелом соматическом заболевании. В отличие от этого при неврастении всегда существует длительная и неразрешимая психотравмирующая ситуация.

### *Реактивные психозы*

Реактивные психозы по клинической картине, остроте, характеру и длительности можно разделить на острые шоковые реактивные психозы, подострые и затяжные реактивные психозы.

#### *Острые шоковые реактивные психозы*

Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием внезапной и очень сильной психической травмы, представляющей угрозу для жизни, чаще при массовых катастрофах (землетрясение, пожар, наводнение, транспортные катастрофы и др.), при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным известием, арестом и т. п. Острые шоковые реакции встречаются редко и клинически проявляются в гипо- и гиперкинетической формах.

Гипокинетическая форма, или психогенная психомоторная заторможенность, проявляется внезапно наступающей полной обездвиженностью, мутизмом. Это состояние длится от нескольких минут до нескольких часов, сопровождается веге-

тативными нарушениями и глубоким помрачением сознания по типу сноподобной оглушенности с последующей полной амнезией.

Гиперкинетическая форма, или психогенное психомоторное возбуждение, — внезапное хаотическое бессмысленное двигательное беспокойство. Это бесцельные недифференцированные и нецеленаправленные движения, крики, бессмысленное бегство, нередко в направлении опасности.

Вегетативные нарушения выражаются тахикардией, резким побледнением или гиперемией, профузным потом, поносом. Состояние возбуждения сопровождается сумеречным расстройством сознания с последующей амнезией. К гиперкинетической форме шоковых реакций следует относить также острые психозы страха. В этих случаях в клинической картине психомоторного возбуждения ведущим симптомом становится панический, безудержный страх. Иногда психомоторное возбуждение сменяется психомоторной заторможенностью, больные как бы застывают в позе, выражающей ужас, отчаяние. Такое состояние страха обычно исчезает через несколько дней, но в дальнейшем всякое напоминание о травмирующем переживании может привести к возникновению приступа страха.

В некоторых случаях после острой реакции страха может в дальнейшем развиваться затяжной невроз страха.

Эти острые реакции продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и так же, как и другие состояния психомоторного возбуждения, сопровождаются последующей амнезией.

#### *Подострые реактивные психозы*

В судебнопсихиатрической клинике подострые реактивные психозы встречаются наиболее часто. По психопатологической картине они сложнее и многообразнее, чем острые шоковые реакции, развиваются более медленно и постепенно. После психической травмы проходит определенный период переработки травмирующего переживания.

Иногда подострые реактивные психозы имеют сначала острую стадию, которая затем переходит в подострую, иногда им предшествует невротическая стадия. Длительность подострых реактивных психозов от 2—3 нед до 2—3 мес. К ним относятся реактивная (психогенная) депрессия, психогенный паранойя и галлюциноз, истерические психозы, психогенный ступор.

**Реактивные (психогенные) депрессии.** Психогенными депрессиями называются такие психогенные реакции, в клинической картине которых ведущее место занимает депрессивный синдром с аффектом тоски и общей психомоторной заторможенностью.

В судебнопсихиатрической клинике психогенную депрессию изучали И. Н. Введенский (1938), Н. И. Фелинская (1941, 1955, 1965), А. Н. Бунеев (1943, 1946), И. Н. Боброва (1971)

Клинически выделяют простые, или, по терминологии некоторых авторов, чистые, реактивные депрессии; депрессивно-параноидный; астено-депрессивный; депрессивно-истерический синдромы [Боброва И. Н., 1971].

Простая реактивная депрессия развивается в непосредственной связи с травмирующим переживанием. Особенности формирования клинической картины, темп развертывания болезненной симптоматики и длительность патологической депрессивной реакции определяются силой и характером воздействия психической травмы. В структуре депрессии ведущими являются эмоциональные расстройства, сопровождающиеся психомоторной заторможенностью. Депрессивный аффект мотивирован, тоскливость связана с психотравмирующей ситуацией. Депрессия может колебаться от незначительной подавленности до сравнительно глубокой тоски. Идеаторное торможение нерезкое, более характерно своеобразное нарушение течения представлений, обусловленное образованием аффективно окрашенных комплексов с концентрацией на узком круге идей, непосредственно связанных с психотравмирующей ситуацией. Больные не могут отвлечься от тяжелых переживаний, в мрачных тонах воспринимают прошлое и настоящее. Суточные колебания в выраженности болезненной симптоматики отсутствуют, но иногда состояние ухудшается в психотравмирующих ситуациях, а депрессия усиливается к вечеру. Депрессия заканчивается полным выздоровлением без каких-либо последующих изменений психики.

Депрессивно-параноидный синдром проявляется в медленном и постепенном развитии и нарастании подавленности, которой предшествует длительный период переработки травмирующего переживания. Часто появляется бессонница, утрачивается аппетит, возникают различные неприятные соматические ощущения. В первое время депрессия обычно более или менее адекватна и психологически понятна и формируется на невротическом уровне. Далее наряду с элементами боязливости нарастают и углубляются подавленность, тоскливость, сопровождающиеся психомоторной заторможенностью. На фоне углубляющейся депрессии появляются идеи отношения, самообвинения, обычно связанные с травмирующим поводом.

При сохранности формальной ориентировки окружающее воспринимается неотчетливо, отмечаются явления деперсонализации и дереализации, а также бредовая интерпретация окружающего. Иногда возникает синдром Кандинского — Клерамбо, представленный в этих случаях лишь отдельными компонентами в виде «чтения мыслей», ощущения внутренней раскрытости. Однако эти психопатологические проявления отличаются элементарностью, однообразием содержания, имеют эпизодический характер. Депрессия сопровождается психомоторной заторможенностью и, нарастая, может перейти в депрессивный ступор. Течение обычно длительное (2—3 мес). При этом больные ху-

деют, у них отмечаются выраженные вегетативные нарушения — тахикардия, колебания артериального давления, чувство сдавления, боль и тяжесть в области сердца. Нередки упорные суицидальные тенденции и попытки, которые в связи с отсутствием демонстративности могут быть особенно опасны. При изменении ситуации или при лечении прежде всего исчезают компоненты синдрома Кандинского — Клерамбо, бредовая интерпретация окружающего. Депрессия становится менее глубокой и более адекватной, постепенно проходит психомоторная заторможенность, появляется критика к перенесенному болезненному состоянию.

Астенодепрессивные состояния начинаются с явлений нервно-психического истощения, достигающего глубокой астении. По мере развития заболевания нарастает психомоторная заторможенность. Аффект тоски маловыразительный, замещается состоянием монотонного уныния, апатии в сочетании с подавленностью всех психических функций. Замедленность психических процессов, повышение порога восприятия отражают изменения сознания по типу оглушенности. Об этом свидетельствует также то, что после выхода из реактивного состояния о периоде наиболее выраженной заторможенности у больных сохраняются неотчетливые смутные воспоминания. При углублении этого состояния, особенно при включении дополнительных неблагоприятных факторов (инфекции, интоксикации), состояние депрессии может перейти в вялый ступор с особенно неблагоприятным течением. При спонтанном обратном развитии, а также в результате терапии или изменения психотравмирующей ситуации уменьшается психомоторная заторможенность, начинает отчетливее звучать депрессивный аффект, появляются тревога и беспокойство, адекватные конкретной ситуации. Постепенно психическая деятельность восстанавливается, но долго сохраняется постреактивная астения.

Истерическая депрессия встречается в судебно-психиатрической практике наиболее часто. Истерическая депрессия обычно развивается после короткого периода истерического возбуждения. Клиническая картина отличается особой яркостью симптоматики, часто сочетается с другими истерическими проявлениями: псевдодеменцией, псуэрилизмом, бредоподобными фантазиями. Аффект тоски при истерической депрессии чрезвычайно выразительный. Настоящей психомоторной заторможенности в этих случаях нет.

Спонтанные движения и жесты больных очень пластичны, театральны, тонко дифференцированы. Иногда тоска сочетается с гневливостью, депрессия становится ажитированной, но и в этих случаях моторика и мимика остаются столь же выразительными. Нередко больные наносят себе повреждения или совершают демонстративные суицидальные попытки. Они не склонны к бредовым идеям самообвинения, чаще отмечают внешнеобвиняющие тенденции. Больные во всем обвиняют ок-

ружающих, высказывают преувеличенные опасения по поводу своего здоровья. Истерическая депрессия протекает при истерически суженном сознании с колебаниями психомоторного фона. Временами, особенно при упоминании о волнующем переживании, у больных возникают кратковременные состояния психомоторного возбуждения — истерического отчаяния со злобно-тоскливым напряженным аффектом, патетическим монологом, отражающим психотравмирующую ситуацию, агрессией и демонстративными самоповреждениями.

При углублении реактивного состояния истерическая депрессия переходит в истерический ступор. Течение благоприятное. Выход из болезненного состояния может наступать сразу после изменения ситуации или лечения, может быть и постепенным. После истерической депрессии некоторое время остаются злобная раздражительность, гневливость, склонность к психогенно обусловленным колебаниям настроения.

Дифференциальная диагностика вызывает наибольшие трудности при отграничении реактивной депрессии (депрессивно-параноидный и астенодепрессивный синдром) от депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза и шизофрении. При реактивном депрессивно-параноидном и астенодепрессивном синдромах в отличие от депрессивной фазы отсутствуют суточные колебания настроения, витальная тоска. Идей, самообвинения нет или они сочетаются с идеями оправдания и помилования.

В отличие от шизофрении при депрессивно-параноидном реактивном состоянии содержание переживаний связано с реальной ситуацией, явления деперсонализации и психического автоматизма не складываются в целостный синдром, они эпизодические. В отдельных проявлениях психического автоматизма преобладает нарушение чувства собственной активности, элемент насильственности без ощущения чуждости собственных мыслей, чувств и действий.

При реактивном астенодепрессивном синдроме в отличие от шизофрении за внешней вялостью, монотонностью скрываются глубокая депрессия, сохранная эмоциональность. Особенно отчетливо это проявляется в период выхода больных из реактивного состояния, когда обнаруживаются заострение присущих личности характерологических особенностей, выраженная эмоциональная лабильность, повышенная впечатлительность, чувствительность, явления раздражительной слабости без эмоционального уплощения, характерного для шизофрении «притупления» и изменения первоначальной структуры личности.

Диагностика истерической депрессии с яркой и выразительной клинической картиной обычно не вызывает затруднений.

Психогенное бредообразование в судебно-психиатрической клинике описано А. Н. Бунеевым (1937, 1943, 1947), И. Н. Введенским (1948), К. Л. Иммерман (1959, 1961, 1969), В. П. Джимшелейшвили (1963), Д. А. Аменицким (1963).

**Реактивный параноид и галлюциноз.** Острые параноиды (без галлюцинаторных явлений) относятся к сравнительно редким формам реактивных состояний. Они возникают обычно после ареста, в тюрьме, нередко после бессонницы. В начальной стадии у больных появляются непонятная мучительная тревога, общее эмоциональное напряжение и беспокойство. При сохранности ориентировки отмечается легкое изменение сознания с недостаточной четкостью, дифференцированностью восприятий, явлениями дереализации, ложного узнавания. Бред особого значения, отношения и преследования носит интерпретативный характер. Тематика параноида отражает травмирующую ситуацию. Состояние тоски и тревоги сменяется беспредметным беспокойством, тревожным ожиданием гибели. Больные защищаются от мнимых преследователей, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Такое состояние продолжается недолго —  $\frac{1}{2}$ —1 мес. Постепенно, обычно после перевода в стационар, больные успокаиваются, страх сменяется тоской и подавленностью, соответствующей реальной ситуации. Бредовая интерпретация исчезает. Уже не высказывая каких-либо новых бредовых идей, больные все же остаются непоколебимо уверенными в реальности всего пережитого. Критика к перенесенным болезненным переживаниям восстанавливается постепенно. Долго сохраняется астения.

Чаще в судебно-психиатрической клинике встречается подострый психогенный галлюцинаторно-параноидный синдром с острым началом всех психотических проявлений. На фоне бессонницы, связанной с постоянным обдумыванием и поисками выхода из сложившейся ситуации, и своеобразно измененного сознания активная психическая деятельность оказывается затрудненной. В начальной стадии у больных появляется непонятная мучительная тревога, отмечаются явления дереализации и ложного узнавания. Постепенно целенаправленное мышление замещается непрерывным потоком представлений. Отдельные слова и незаконченные фразы быстро сменяют друг друга, не получая ясного оформления. Развертываются воспоминания давно забытых эпизодов. Больные жалуются на то, что, помимо воли, вынуждены думать о пустяках. Наряду с наплывом мыслей появляются ощущение «вытягивания», «чтения мыслей», чувство «внутренней раскрытости», что сочетается со слуховыми псевдогаллюцинациями. Возникают явления деперсонализации.

На высоте психотического состояния, на фоне нарастающего аффекта страха, преобладают истинные вербальные галлюцинации, содержание которых непосредственно связано с травмирующей ситуацией. Голоса множественные, принадлежат родственникам, судье, следователю, часто в форме диалога обсуждают поведение больного, угрожают, предсказывают смерть. Больные слышат плач своих детей, родных, крики о помощи.

Большое место в клинической картине занимает бред отно-



шения, особой значимости и преследования, а также бред внешнего воздействия, постоянного контроля и влияния, проводимого якобы с помощью гипноза, особых аппаратов. Иногда формируется параноидно-ипохондрический синдром, в структуре которого наряду с бредовыми идеями отравления, физического воздействия и преследования большое место занимает ипохондрический бред. Все бредовые идеи объединены общим содержанием, связанным с психотравмирующей ситуацией. На высоте психотического состояния преобладает страх, поведение больных полностью определяется их патологическими переживаниями.

Перелом в состоянии больных наступает сразу же после перевода в стационар. Обычно сначала исчезают галлюцинации. Вместо напряженного аффекта и страха выступают депрессия, общая астения. Бред становится резидуальным, не обнаруживает тенденции к дальнейшему развитию. Однако долго не восстанавливается полная критика к пережитому.

Очень редко в судебно-психиатрической клинике встречаются чистые психогенные параноиды или психогенные галлюцинозы.

**Дифференциальная диагностика.** При распознавании реактивного параноида и его отграничении от шизофрении в качестве основных диагностических критериев большинство авторов выдвигают острое начало, связанное с психической травмой, отражение психотравмирующей ситуации в содержании патологических переживаний, зависимость течения от этой ситуации. Однако следует иметь в виду, что и шизофрения, возникающая в условиях заключения, может характеризоваться этими же особенностями.

При разработке дифференциально-диагностических критериев наиболее плодотворным оказался сравнительный клинический анализ структурных особенностей отдельных внешне сходных психогенных и процессуальных психопатологических синдромов [Морозов Г. В., 1971, 1977; Хохлов Л. К., 1975, и др.], а также стереотипов развития и последующего течения [Фелинская Н. И., 1968, 1980; Langfeldt G., 1958; Astrup Ch., 1965]. В группе галлюцинаторно-параноидных и депрессивно-параноидных синдромов такая атипичность проявляется в особенностях синдрома психического автоматизма. Только психогенным вариантам синдрома психического автоматизма свойственны: 1) ограниченное количество элементов — явления наплыва мыслей, слуховые псевдогаллюцинации, необычные ощущения; 2) иное качество отдельных компонентов — преобладание насильственности во всех проявлениях, нарушения активности без чуждости собственных мыслей, чувств и действий; 3) иное содержание псевдогаллюцинаций (определенная связь с конкретной травмирующей ситуацией, отсутствие аффективно нейтральных, лишенных определенного содержания псевдогаллюцинаций). Структура бреда при реактивном параноиде более очер-

чена, чем при шизофрении, нет полиморфизма, тенденции к дальнейшему интенсивному формированию. В подобных случаях нет также трансформации с не характерной для психогенного бредаообразования диссоциацией содержания и структуры бреда — при усложнении психопатологической картины первоначальная психогенная тематика не получает соответствующего развития. Отсутствуют типичные изменения аффективно-волевой сферы и мышления, которые наблюдаются при шизофрении (манерность, негативизм, эмоциональное оскудение, аутизм, символическое мышление и пр.). Решающим дифференциально-диагностическим критерием являются динамика заблуждения, стереотип развития и смена стадий.

При алкогольном галлюцинозе центральное место занимают обильные слуховые галлюцинации, связанные с алкогольной тематикой (назойливое предложение выпить, осуждение за пьянство и т. п.). Бред чаще вторичный. Слуховые галлюцинации при реактивном параноиде возникают на фоне эмоционального напряжения, страха, ужаса.

**Истерические психозы.** Бредоподобные фантазии, синдром Ганзера, псевдодеменции, пуэрилизм, истерический ступор, синдром одичания встречаются в судебно-психиатрической клинике наиболее часто. Иногда на всем протяжении реактивного состояния остается изолированный очерченный синдром, но чаще бывают их смена, чередование или сочетание в сложные синдромы.

Бредоподобные фантазии [Birnbaut K., 1908]. Термин возник впервые в судебно-психиатрической практике для обозначения клинических форм, встречающихся преимущественно в условиях тюремного заключения и характеризующихся прежде всего фантастическими идеями. Эти психогенно возникающие фантастические идеи занимают как бы промежуточное положение между бредом и фантазиями: приближаясь к бредовым идеям по содержанию, бредоподобные фантазии отличаются от них живостью, подвижностью, неспаянностью с личностью, отсутствием стойкой убежденности в их достоверности, а также непосредственной зависимостью от внешних обстоятельств.

В советской судебно-психиатрической литературе этот синдром описывали И. Н. Введенский (1938, 1948), Л. А. Пастушенко (1940), А. Н. Бунеев (1944, 1947), Н. И. Фелинская (1961, 1965), Я. Е. Свириновский (1962) и др.

В одних случаях синдром бредоподобной фантазии развивается остро, на фоне истерически суженного сознания, окрашенного выраженным аффектом страха. Патологическое фантастическое творчество сопровождается эмоциональным напряжением и быстрым развитием изменчивых, подвижных, летучих бредоподобных построений. Преобладают нестойкие идеи величия, богатства, которые в фантастически-гиперболизированной форме отражают замещение непосильной ситуации конкретными по

содержанию вымыслами, стремление к реабилитации. Больные рассказывают о своих полетах на Луну, о несметных богатствах, которыми они обладают, великих открытиях, имеющих государственное значение. Отдельные фантастические бредоподобные построения не складываются в систему, они пестрые и нередко противоречивые. Содержание бредоподобных фантазий несет на себе выраженный отпечаток психотравмирующей ситуации, мировоззрения больных, степени их интеллектуального развития и жизненного опыта и противоречит основному тревожному фону настроения. Оно меняется в зависимости от внешних моментов, вопросов врача.

В период выхода исчезают растерянность, тревога, страх, бредоподобные фантазии становятся беднее и однообразнее, утрачиваются свойственные им в начале заболевания яркость и подвижность, высказывания больных становятся застывшими, «отработанными», переходят в стереотипно повторяющиеся фразы.

В других случаях бредоподобные фантастические идеи более сложные и стойкие, склонные к систематизации. Так же как и при нестойких изменчивых фантастических построениях все тревоги, заботы и опасения больных связаны не с содержанием идей, а с реальной неблагоприятной ситуацией. В период обратного развития реактивного психоза на первый план выступает ситуационно обусловленная депрессия, фантастические высказывания бледнеют, оживляясь лишь на короткое время при волнении.

Реактивный психоз с синдромом бредоподобных фантазий необходимо отграничивать от встречающегося в условиях заключения своеобразного непатологического творчества, которое отражает тяжесть ситуации и потребность в самоутверждении. В этих случаях подэкспертные также пишут «научные» трактаты нелепого и наивного содержания, предлагают различные методы борьбы с преступностью, излечения тяжелых заболеваний, продления жизни и т. п. Однако в отличие от реактивного психоза с синдромом бредоподобных фантазий в этих случаях нет закономерной динамики поступательного и обратного развития заболевания, отсутствуют другие психотические истерические симптомы.

Диагностические затруднения возникают также при отграничении психогенных бредоподобных фантазий от псевдологии и фантазирования при истерических психопатиях. При реактивном психозе бредоподобные фантазии возникают остро на фоне истерически измененного сознания, их клиническая картина отражает закономерности течения реактивного психоза, в то время как псевдология психопатических личностей — постоянно присущая им форма реакции в различных стрессовых ситуациях.

Синдром Ганзера и псевдодеменции. Описан немецким психиатром S. J. M. Ganzer в 1898 г., проявляется

остро возникающим сумеречным расстройством сознания, «миморечью» (неправильные ответы на простые вопросы), истерическими расстройствами чувствительности и иногда истерическими галлюцинациями. R. Henneberg (1904) наблюдал возникновение «миморечи» без сумеречного расстройства сознания, а лишь на фоне истерически суженного сознания. С. Wegnike в 1906 г. дал ему название «псевдодеменция». И. Н. Введенский в своих работах (1905, 1907) подчеркнул особенности «миморечи» психогенного происхождения, отметив, что в этих случаях в отличие от шизофрении «миморечь» остается в рамках поставленного вопроса, затрагивает круг правильных представлений. Наряду с симптомом «миморечи» был описан и симптом «мимодействия»: больной не может выполнить простейшие привычные действия (зажечь спичку, надеть рубашку).

В настоящее время в судебнопсихиатрической клинике редко встречается клинически очерченный синдром Ганзера. Чаше наблюдается синдром псевдодеменции (мнимое слабоумие) — истерическая реакция, проявляющаяся в неправильных ответах и действиях на фоне истерически суженного сознания, демонстрирующих внезапно наступившее глубокое «слабоумие», которое в дальнейшем бесследно исчезает. Псевдодеменцию изучали И. Н. Введенский (1905, 1907), Н. И. Фелинская (1938, 1941), Г. А. Обухов (1955), М. Г. Гулямов (1957). Клиническая картина псевдодеменции проявляется в ажитированном и депрессивном вариантах.

При депрессивном варианте синдром псевдодеменции формируется постепенно на фоне депрессивно-тревожного настроения и общей психомоторной заторможенности. Больные жалуются на головную боль, ослабление памяти, слабость, возрастающую при каждом движении и даже разговоре. Изменение сознания имеет характер легкой оглушенности с повышением порога восприятия. На вопросы больные отвечают после неоднократного повторения.

Ответы на задаваемые вопросы обычно отрицательные («не знаю», «не помню»). Наблюдаются также ответы в виде персевераций. В большинстве случаев на вопросы следуют неправильные ответы, которые, однако, по смыслу всегда лежат в плоскости поставленного вопроса и затрагивают круг правильных представлений. Нарушаются также чтение и письмо (затруднение самопроизвольного письма, неуверенность почерка, пропуски букв, грубые грамматические ошибки). Отмечаются явления «мимодействия», но при этом варианте псевдодеменции они выражены очень слабо, рудиментарно.

При углублении психомоторной заторможенности синдром депрессивной псевдодеменции может перейти в депрессивный ступор. При обратном развитии постепенно исчезает психомоторная заторможенность. Иногда наблюдается выход через стадию адекватной депрессии и последующей постреактивной астении.

Ажитированный вариант псевдодеменции возникает более остро и проявляется на фоне психомоторной расторможенности. Больные беспокойны, суетливы, отвлекаемы. Наблюдаются не соответствующие ситуации — беспечность и дурашливость. Сознание истерически сужено на травмирующих переживаниях, иногда, наоборот, имеется вытеснение непереносимой ситуации, что находит отражение в высказываниях больных. Речь ускорена, на вопросы больные отвечают без задержек. Ответы прямо противоположны правильным. Особенно выраженную форму приобретает симптом «мимодействия»: больные надевают туфли на руки, в рукава халата стараются просунуть ноги и др.

Часто проявления псевдодеменции сочетаются с отдельными пуэрильными чертами (псевдодементно-пуэрильный синдром). При углублении реактивного психоза наблюдается переход к пуэрилизму. При обратном развитии восстановление правильной речи наступает не сразу, сначала названия предметов заменяются описанием их назначения, как это свойственно афазиям органического происхождения. Например, увидев ножницы, больной повторяет «резать», причем совершает соответствующие движения руками. В период выхода при ажитированном варианте псевдодеменции возможно психомоторное возбуждение, появляются кратковременные нестойкие бредоподобные фантазии.

При своевременном терапевтическом вмешательстве, а иногда и без него псевдодеменция через 2—3 нед подвергается обратному развитию, восстанавливаются все психические функции.

Анализ структуры «миморечи» помогает распознать псевдодеменцию и исключить шизофрению: неправильный ответ при псевдодеменции родствен правильному — он или прямо противоположен правильному, или сходен с ним по смыслу, или является ответом на предыдущий вопрос. В содержании ответа всегда можно уловить связь с травмирующей ситуацией. Все ответы больных при псевдодеменции сходны. Они отвечают в одном плане, тогда как ответы больных шизофренией всегда неожиданны, многообразны и в своем построении не подчинены каким-либо определенным закономерностям. То же можно сказать и о симптоме «мимодействия».

От органической афазии явления «амнестической псевдофазии» отличаются тем, что появляются только как этап при обратном развитии псевдодеменции, после типичных ответов по типу «миморечи». Наряду с этим отсутствуют неврологические органические знаки, что способствует дифференцировке с органической деменцией. Кроме того, органическое слабоумие всегда проявляется по мере усложнения заданий. Таких закономерностей нет при псевдодеменции.

Отсутствие целостной картины псевдодеменции, изолированность симптомов, отсутствие характерной клинической динамики

ки поступательного и обратного развития, свойственного реактивному психозу, позволяют отличить симуляцию от псевдодеменции.

Синдром пуэрилизма проявляется в детскости поведения (лат. *puer* — мальчик) на фоне истерически суженного сознания.

Синдром пуэрилизма изучали А. Н. Бунеев (1944), И. Н. Введенский (1944), З. Г. Турова (1954, 1959), Н. И. Фелинская (1961, 1965) и др.

В судебно-психиатрической практике чаще встречаются отдельные черты пуэрилизма, чем целостный пуэрильный синдром (И. Н. Введенский, З. Г. Турова). Наиболее частыми и стойкими симптомами пуэрилизма являются детская речь, детская моторика и детские эмоциональные реакции. Однако в детских формах поведения пуэрильных больных можно отметить участие всего жизненного опыта, сохранность отдельных привычек и приобретенных навыков, что создает впечатление некоторой неравномерности распада функций (например, детская шепелявая речь и автоматизированная моторика во время еды, курения, которая отражает опыт взрослого человека), поэтому поведение больных с пуэрильным синдромом значительно отличается от истинного детского поведения.

Проявления детскости в речи и мимике, внешняя детская оживленность резко контрастируют с доминирующим депрессивным эмоциональным фоном, аффективной напряженностью и тревогой, наблюдаемыми у всех больных. Иногда пуэрилизм возникает после псевдодеменции как стадия дальнейшего развития и углубления реактивного психоза и может в свою очередь смениться синдромом «одичания». В других случаях реактивного психоза сразу же формируется синдром пуэрилизма, который сохраняет свою целостную картину на протяжении всего заболевания.

В соответствии с этим и обратное развитие в одних случаях проходит этапы более легких форм реактивного психоза (псевдодеменция), в других, минуя эти этапы, постепенно исчезают формы пуэрильного поведения и восстанавливается нормальная психическая деятельность.

Дифференциальную диагностику следует проводить с гебефренией, старческим слабоумием и психофизическим инфантилизмом. Возникновение психогенного пуэрилизма зависит от травмирующей ситуации, данный синдром изменяется от внешних влияний.

Синдром регресса психики, «одичания» относится к числу наиболее редко встречающихся форм реактивных психозов. Это распад психических функций на фоне истерически измененного сознания и поведения, воспроизводящего дикое животное. Иногда наряду с распадом психических функций отмечается и продуктивная симптоматика в виде явлений истерического перевоплощения.

В отечественной судебно-психиатрической литературе о синдроме «одичания» писали А. Н. Бунеев (1945), А. И. Молочек (1947), Н. И. Фелинская (1955, 1961, 1965), Ю. К. Чибисов (1961, 1965).

Синдром «одичания» возникает либо остро при очень тяжелом травмирующем переживании, либо постепенно, являясь одним из последних звеньев в развитии реактивного психоза.

Расстройство сознания представляет собой либо истерически суженное, либо «двойное сознание», иногда бывает сумеречное расстройство сознания. Изменение сознания появляется на фоне аффекта страха. Большинство больных находятся в состоянии длительного психомоторного возбуждения, в структуре которого и проявляются элементы одичания. Они ползают, рычат, едят, не пользуясь ложкой, прямо из миски, разрывают пищу руками. Иногда наряду с распадом психических функций наблюдаются явления перевоплощения, если сохранена какая-то способность к истерическому фантазированию. При прогрессирующем ухудшении состояния происходит глубокий распад приобретенных навыков.

Регресс психики проявляется в распаде сложных и выявлении простейших форм реакций (ориентировочные, оборонительные). В процессе обратного развития реактивного психоза прежде всего восстанавливаются и усложняются наиболее простые реакции непосредственно на безусловные раздражители, в дальнейшем — на условные. Аффективные реакции, сначала малодифференцированные, усложняются и становятся более адекватными.

Однако наряду с закономерностями поступательного и обратного развития реактивного состояния встречается известная диссоциация распада и восстановления. Так, вместе с еще имеющимися симптомами «одичания» появляются довольно сложные высказывания, относящиеся к комплексу травмирующих переживаний. Дольше всего сохраняются нарушения функций, непосредственно связанные с начальными симптомами реактивного психоза. Например, отказ от пищи как форма протеста в начале реактивного психоза сохраняется как нарушение пищевой реакции на всем протяжении реактивного состояния и эта реакция восстанавливается последней.

При дифференциальной диагностике с шизофренией и симуляцией особое значение имеет закономерная динамика реактивных психозов. При симуляции отмечаются более сложные формы изображения поведения животных без закономерного для реактивного психоза распада приобретенных функций.

**Реактивный (психогенный) ступор** — полная обездвиженность и мутизм. Если психомоторная заторможенность не достигает степени ступора, то говорят о преступорозном состоянии.

В отечественной литературе психогенным ступорам наряду с другими формами реактивных состояний посвящены работы

И. Н. Введенского (1932, 1937, 1938), А. Н. Бунеева (1938, 1943), Н. И. Фелинской (1963, 1965). К специальным исследованиям клиники ступорозных состояний относятся работы Д. Р. Лунца (1937, 1938), Л. А. Пастушенко и оригинальные исследования Г. В. Морозова (1961, 1964, 1968).

Психогенный ступор может проявляться как самостоятельная форма, однотипная на всем протяжении заболевания, и как последняя стадия в постепенном углублении реактивного психоза. Клиническая картина реактивного ступора неоднородна. Можно выделить 4 его варианта: истерический, депрессивный, галлюцинозотно-параноидный, вялоастенический.

Истерический ступор среди подострых реактивных психозов в судебнопсихиатрической клинике встречается чаще. В ряде случаев он возникает остро как самостоятельная форма реакции, непосредственно после травмирующего переживания (арест). Значительно чаще ступор развивается постепенно, становясь последним этапом при смене различных истерических синдромов. Основной чертой, определяющей клиническую картину истерического ступора, является эмоциональное напряжение, окрашивающее все психопатологические проявления этого синдрома. Несмотря на неподвижность и мутизм, мимика и жестикуляция таких больных выразительны, отражают напряженный аффект. Все мышцы обычно напряжены, больные лежат в эмбриональной позе, которую трудно изменить. Выражение лица угрюмое, злобное, иногда мимика отражает застывшее страдание и отчаяние.

Больные не обнаруживают внешней реакции на обращение к ним, но при этом у них учащается пульс, появляются красные пятна на лице и шее, слегка вздрагивают плотно сомкнутые веки и крылья носа. Спонтанно они также не произносят ни одного слова. При попытке обследовать или изменить позу больные оказывают резкое сопротивление с выраженной вегетативной реакцией. На фоне психомоторной заторможенности выявляется ряд истерических симптомов.

Сознание у больных этой группы изменено и по структуре приближается к аффективно суженному, но всегда остается «окно в реальность» (С. С. Корсаков). У больных сохраняются восприятие и способность к переработке внешних впечатлений, а также определенная ориентировка в окружающем. Вопросы, касающиеся тяжелой травмирующей ситуации, всегда вызывают выраженную реакцию, как правило, с рядом вегетативных симптомов. Несмотря на длительный отказ от пищи, физическое состояние этих больных обычно остается удовлетворительным, но при очень длительном ступоре возможно физическое истощение. При введении барбитала и кофеина обнаруживаются нередко псевдодементно-пуэрильные черты, а в период выхода из реактивного состояния выявляются бредоподобные построения, формирующиеся в дальнейшем в синдром бредоподобных фантазий. Выход из ступорозного состояния может на-



ступить сразу или постепенно. Часто в период выхода выявляются истерические физические симптомы: тремор, истерические параличи. После выхода иногда наблюдаются невротические явления в форме постреактивной астении.

Депрессивный ступор развивается как следствие углубления психомоторной заторможенности, которая сопровождает психогенную депрессию.

При попытке заставить больных выполнить то или иное действие они не оказывают активного сопротивления. Когда их кормят, они едят, правда, очень медленно и немного.

Больные не ориентируются в отделении, не усваивают распорядок дня, не дифференцируют медицинский персонал. Все их поведение и реакции во время беседы позволяют говорить о нарушении сознания по типу оглушенности.

Выход из ступорозного состояния чаще бывает через повторную стадию психогенной депрессии с последующей частичной амнезией. Некоторое время остаются явления постреактивной астении.

Галлюцинаторно-параноидный ступор формируется также постепенно. Эта форма психогенного ступора возникает после галлюцинаторно-параноидного синдрома. Для него характерны отдельные проявления психического автоматизма, психогенные галлюцинации, идеи преследования на фоне растерянности и страха. В первое время больные рассказывают о своих бредовых переживаниях. Постепенно нарастают симптомы психомоторной заторможенности. На лице остается застывшее выражение растерянности, страха. Появляются мутизм и полная обездвиженность. Больные неподвижно лежат вытянувшись на спине, отказываются от еды, становятся неопрятными. По выходе из ступорозного состояния они сохраняют воспоминание о перенесенных бредовых и галлюцинаторных переживаниях.

Астенический ступор возникает после астенодепрессивного состояния. В отличие от предыдущих форм ступора при астеническом ступоре нет эмоциональной насыщенности, выразительности в мимике и во всем облике больного.

При выходе из ступорозного состояния постепенно и последовательно восстанавливаются нарушенные психические функции на фоне выраженной постреактивной астении.

**Дифференциальная диагностика.** Наибольшие трудности вызывает разграничение психогенного и кататонического ступора.

Важным дифференциально-диагностическим критерием является аффективное напряжение, определяющее эмоциональную насыщенность всех психопатологических проявлений при психогенном ступоре, их непосредственную зависимость от психотравмирующей ситуации в отличие от спонтанных аффективных колебаний, не зависящих от ситуации, при кататоническом ступоре. Двигательные нарушения проявляются в несовместимых

для психогенных психозов сочетаниях. На первый план выступают специфические нарушения мышечного тонуса, общая скованность, тенденция к застыванию; повышение тонуса отдельных мышечных групп сочетается либо с постоянной сохранностью отдельных спонтанных движений, либо с временным их восстановлением, что нехарактерно для психогенного ступора. Его клиническая картина отличается структурной целостностью. Та же своеобразная парциальность и подчас нестойкость характеризуют картину мутизма. Очень важным в дифференциально-диагностическом отношении является сравнительный анализ состояний кратковременного возбуждения, возникающих на фоне психомоторной заторможенности как при психогенном, так и при шизофреническом ступоре. В отличие от реактивного ступора при ступорозном синдроме на начальных этапах шизофрении еще в тот период, когда это состояние внешне мало отличается от реактивного, выявляется определенное несоответствие состояний психомоторного возбуждения доминирующему эмоциональному фону. При этом иногда впервые выявляются некоторые специфические кататонические симптомы.

#### *Затяжные реактивные психозы*

Понятие затяжного реактивного психоза определяется не только его длительностью (6 мес, год или больше), но и клиническими особенностями отдельных форм и закономерностями динамики. Если подострые реактивные психозы можно разделить по ведущему синдрому на отдельные формы, то при затяжном реактивном психозе чаще отмечается смена и трансформация различных синдромов. Клинически более оправдано разграничение затяжных реактивных психозов по типу течения.

В судебно-психиатрической клинике чаще встречаются следующие типы течения затяжных реактивных психозов: однотипный непрогредиентный; трансформирующийся прогредиентный, но полностью обратимый; вялопрогредиентный.

Однотипные непрогредиентные затяжные реактивные психозы. Непрогредиентный тип течения затяжных реактивных психозов — сравнительно медленное развитие с формированием определенного строго очерченного психопатологического синдрома, однотипного на протяжении всего заболевания. Чаще всего это истерическая депрессия, псевдодеменция, псевдодементно-пуэрильный синдром или бредоподобные фантазии.

Особенности последующего течения реактивного состояния связаны с истерическими механизмами фиксации, чем и определяется тот факт, что это — единственный вариант затяжного течения, при котором, как и при подострых реактивных психозах, сохраняется один и тот же психопатологический синдром.

Этот тип течения затяжных реактивных психозов прогности-

чески наиболее благоприятный. Обычно у больных не наступает вегетативно-обменных нарушений и физического истощения. Заболевание сохраняет непосредственную зависимость от психотравмирующей ситуации. По выздоровлении не отмечается каких-либо выраженных и стойких постреактивных изменений психики.

Трансформирующийся тип течения затяжных реактивных психозов характеризуется сменой и видоизменением синдромов с тенденцией к прогрессивности и углублению реактивного состояния, что проявляется в постепенно нарастающей психомоторной заторможенности. Так, истерическая депрессия начального периода сменяется синдромами псевдодеменции, псевдодементно-пуэрильным, бредоподобными фантазиями, истерическим ступором.

В затяжном периоде происходит распад целостных синдромов. При этом ведущие их компоненты остаются зафиксировавшимися в форме характерных стереотипов. Отдельные проявления депрессии оказываются основным фоном возникающего затем псевдодементного синдрома. В свою очередь этот синдром определяет характер последующего — бредоподобных фантазий, содержание которых включает отдельные зафиксировавшиеся проявления псевдодеменции. Конечным звеном поэтапного развития и углубления болезненного состояния является синдром психомоторной заторможенности.

В отличие от предыдущего, однотипного течения психомоторная заторможенность более глубокая, иногда возникает ступор, нередко с отказом от еды и некоторыми соматическими изменениями, однако без глубоких вегетативно-обменных нарушений. Психическая травма остается ведущим этиологическим фактором на протяжении всего реактивного психоза, динамика которого зависит от особенностей травмирующей ситуации.

В период выхода наступает обратное развитие психомоторной заторможенности, причем отдельные компоненты этого целостного синдрома остаются надолго зафиксировавшимися в виде изолированных физических моносимптомов — параличей, парезов, мутизма, астазии-абазии или еще более изолированных нарушений.

При затяжных реактивных психозах, трансформирующихся в пределах неистерических депрессивно-параноидных и галлюцинаторно-параноидных синдромов, отмечается поэтапное психопатологическое усложнение этих синдромов без фиксации.

Если в остром периоде в клинической картине присутствовал синдром психического автоматизма с многообразием проявлений и выраженным бредом воздействия, то в дальнейшем этот синдром сменялся депрессивно-параноидным. При углубляющейся депрессии с явлениями психомоторной заторможенности трансформация психопатологических симптомов проявляется в усилении интерпретативного бреда, в большей его систематизации, в изменении содержания, отражающего не только

актуальную травмирующую ситуацию, но и события прошлого. Появляются также бредовые идеи самообвинения и ипохондрического содержания.

По тому же принципу поэтапного усложнения и трансформации прежней психопатологической симптоматики происходит смена синдромов и в тех наблюдениях, где бред с самого начала был интерпретативным. Усиление депрессии и нарастание психомоторной заторможенности сочетаются с постепенным изменением прежних бредовых идей отношения, особого значения и преследования. При этом принцип видоизменения прежней психопатологической симптоматики остается тем же, проявляясь в выраженной тенденции к систематизации и генерализации бреда, содержание которого избирательно распространяется на психотравмирующие события прошлого. Наряду с этим синдром усложняется присоединением бредовых идей самообвинения и греховности.

Во всех наблюдениях этого типа течения депрессия постепенно нарастает.

Прекращение воздействия основного причинного фактора способствует обратному развитию заболевания. По выходе из реактивного состояния долго сохраняется постреактивная астения, но обычно она обратима. Однако иногда в отдаленном периоде наступает перестройка первоначальной структуры личности, в основе которой лежит стойкая астения. Наступающие в подобных случаях постреактивные изменения личности проявляются в не свойственных этим больным до перенесенного реактивного психоза формах реагирования на внешние вредности по типу заострения астенических особенностей со склонностью к преходящим идеям отношения и ипохондрической фиксации.

Отмеченные изменения личности иногда оказываются основой последующего патологического (паранойального) ее развития.

Вялопрогредиентный тип течения затяжных реактивных психозов чаще возникает при сосудистых или травматических поражениях головного мозга, при астении после инфекционных и соматических заболеваний. Однако в ряде случаев не удается установить преморбидную патологическую почву.

Общей отличительной особенностью этого типа является возникающее на ранних этапах состояние психомоторной заторможенности. Последующая клиническая картина складывается из вялости, монотонности, однообразия течения без каких-либо выраженных колебаний и смены синдромов, с неуклонным прогредиентным углублением психомоторной заторможенности (вялый ступор). Одновременно с нарастающей психомоторной заторможенностью наступает прогрессирующее физическое истощение с трофическими нарушениями и выраженными вегетативно-обменными изменениями, свидетельствующими о подав-

лении адаптационно-трофических функций организма. Эти соматические изменения составляют специфическую для данной группы симптоматику, являясь новым патогенетическим звеном в общем патогенезе затяжных реактивных психозов. С вовлечением в болезненный процесс дополнительных патогенетических звеньев, изменяющих роль первоначального причинного фактора, психическая травма утрачивает свое ведущее значение, а клиническая картина — специфически психогенный характер: психопатологическая симптоматика острого периода сохраняется лишь в виде отдельных, утративших свою первоначальную выразительность рудиментарных проявлений.

Течение затяжных реактивных психозов этой группы не обнаруживает непосредственной зависимости от причины. Даже прекращение уголовного дела иногда не приводит к выздоровлению. Динамика реактивного психоза непосредственно связана с физическими изменениями, наступившими в процессе психоза. В этом заключается отличие данного типа течения от всех других. Обратное развитие происходит при постепенном, длительном и равномерном восстановлении отдельных психических функций. Восстановление оказывается неполным.

Выявляющиеся в период выхода вялость, торпидность, апатичность стабилизируются, определяя последующие изменения личности по органическому типу.

Следует отметить, что описанные классические формы и типы течения реактивных состояний в последнее время подвержены некоторому изменению. Такой патоморфоз реактивных состояний связан с рядом причин: массивным лечением, комплексом социальных факторов и др. В последнее время отмечаются благоприятные структурно-динамические сдвиги, резко снизилась частота и яркость истерических проявлений, преобладают стертые формы депрессивных расстройств, реактивные состояния чаще протекают на субклиническом уровне.

Прогностически неблагоприятный вялопрогредиентный тип течения реактивного психоза в последнее время встречается в единичных случаях. Чаще наблюдается однотипное течение, которое является наиболее легкой формой динамики затяжного реактивного психоза [Фелинская Н. И., 1976; Морозов Г. В., Кудрявцев И. А., 1979; Морозов Г. В., 1982; Морозов Г. В., Шостакович Б. В., 1982].

### **Вопросы этиологии и патогенеза**

Возникновение реактивных состояний определяют характер психической травмы, с одной стороны, и особенности почвы, на которую воздействует эта травма, — с другой.

К реактивным состояниям предрасполагают инфекции, интоксикации, некоторые органические поражения мозга, черепно-мозговые травмы, атеросклероз. Определенную роль играют и конституциональные особенности личности, возрастные кризы,

а также перенесенные ранее психические травмы. При всем многообразии психотравмирующих факторов можно отметить ряд общих типовых особенностей психогений.

1. Психологическое содержание травмирующей ситуации чрезвычайно разнообразно и вариабельно, но во многом оно определяется общей системой ценностей данной личности [Мясищев В. Н., 1965]. В одних случаях оно обусловлено реакцией личности на совершенное правонарушение и связанным с этим чувством виновности, в других — преимущественно реакцией на тяжесть предъявленного обвинения и угрожающего наказания.

2. Длительность воздействия психотравмирующих факторов обусловлена не только непосредственно периодом существования психотравмирующей ситуации, но в большей степени динамикой отношения личности к этой ситуации. У одних наступает психологическая адаптация к травмирующей ситуации, у других — длительное существование психогении не только не приводит к адаптации, а, наоборот, обуславливает определенную сенсбилизацию, повышенную чувствительность в отношении других, связанных с этой же ситуацией психогенных факторов. В подобных случаях присоединение любой психогении, неизмеримо меньшей по своей психологической значимости, чем основная травма, оказывает воздействие по принципу второго удара [Сперанский А. Д., 1937].

3. Фактор разрешенности травмирующей ситуации. Обращает на себя внимание то, что пролонгированная неразрешенная травмирующая ситуация оказывается психологически более патогенной, чем даже неблагоприятное ее разрешение.

4. В судебно-психиатрической клинике имеют значение особенности внешней стороны травмирующей ситуации, характеризующейся выключением ряда привычных сенсорных раздражителей и притока внешних впечатлений.

Гуморальные изменения в ответ на сильные эмоциональные нагрузки раскрыты Н. Selye. В серии работ Н. Selye показана значительная роль гипофизарно-надпочечниковой системы в формировании стресс-реакций и их патологических последствий.

Современное понимание реактивного состояния как психогенно обусловленного срыва высшей нервной деятельности, проявляющегося в нарушении нормальных соотношений между корой и лимбико-ретикулярной системой, в возникновении патологической циркуляции импульсов по реверберационным кругам, которые связывают кору с глубинными структурами мозга, основано на фундаментальных физиологических исследованиях школы И. П. Павлова.

В последние годы подробно изучены функции различных систем организма в условиях эмоционального стресса, раскрыт характер нейрофизиологических сдвигов, вызываемых эмоциональным напряжением [Иваницкий А. М. и др., 1973; Костандов Э. А., 1977]. Исследованы функции отдельных нейрохими-

ческих систем мозга, раскрыта роль нарушений обмена биогенных аминов в стресс-реакциях [Анохина И. П., 1983].

В настоящее время общая схема развития реактивных психозов представляется следующим образом. Сразу вслед за осознанием психотравмирующей ситуации, т. е. за сугубо корковым процессом, формируется эмоционально-вегетативная реакция, вызванная возбуждением лимбико-ретикулярного комплекса. Адренергический субстрат мозга как структура, принимающая непосредственное участие в реакции организма на изменения внешней среды, особенно вызывающие отрицательные эмоции, активизируется в первую очередь. Установлено, что функциональное состояние центральных адренергических систем имеет связь не столько с формой реактивного психоза, сколько с типом и этапом течения.

Функция адренергических структур трансформируется на разных этапах реактивных состояний, переходя от повышенной активности к снижению деятельности и истощению [Иванов Н. Н., Аванесова Т. С., 1977; Анохина И. П., 1983].

Таким образом, в настоящее время изучены функции различных систем организма в психотравмирующей ситуации, последовательные этапы и звенья патогенеза реактивных состояний, определяющие качественно различный уровень клинических проявлений: в одних случаях невротический, в других — психотический.

### Лечение

Невротический уровень клинических проявлений определяет широкое применение транквилизаторов. При неврастении с преобладанием гиперстенических нарушений показаны препараты, транквилизирующее действие которых сочетается с седативным эффектом (мепробамат, элениум, эуноктин), а также «малые нейролептики» (терален). При неврастении с ведущим гипостеническим синдромом рекомендуются транквилизаторы-активаторы (седуксен, реланиум, сибазон, триоксазин). Наиболее эффективны при истерическом неврозе транквилизаторы с собственно психотропным эффектом (седуксен, элениум). При мутизме, сурдомутизме благоприятный эффект дает курсовое применение (5-10 сеансов через день) барбамила с кофеином (подкожное введение 1 мл 2% раствора кофеина и через 5 мин внутривенное введение 10% свежеприготовленного раствора барбамила).

Лечение невроза навязчивых состояний представляет особенно большие трудности, требует строго индивидуального подхода и дифференцированных комбинаций. Терапевтический эффект более выражен при преобладании в клинической картине фобических расстройств с тревогой и эмоциональным напряжением. В этих случаях рекомендуется сочетание транквилизаторов (седуксен, тазепам, элениум, мепробамат, на ночь эунок-

тин) с нейролептическими препаратами с седативным эффектом (сонапакс, меллерил, хлорпротиксен). Менее заметно влияние психотропных препаратов на навязчивые мысли и представления.

Наличие астении в клинической картине невротозов определяет применение наряду с транквилизаторами ноотропов и ГАМКергических веществ. Психофармакотерапия, определяемая особенностями ведущего синдрома, должна сочетаться с различными видами психотерапии. Их выбор зависит от особенностей личности, ее системы отношений и ценностей, а также социальных установок.

Основные направления терапии реактивных психозов включают дифференцированное лечение различных вариантов депрессий. При психогенной депрессии на фоне психомоторной заторможенности наиболее эффективно сочетание антидепрессантов седативного действия (триптизол) с нейролептиками (трифтазин, тизерцин). В ряде случаев целесообразно дополнить это сочетание транквилизаторами с собственно психотропным эффектом (седуксен, элениум). Ажитированная депрессия требует применения нейролептиков, иногда в сочетании (тизерцин с трифтазином), совместно с транквилизаторами с седативным эффектом (элениум, эуноктин) и антидепрессантами-седативными.

При депрессивно-параноидном синдроме применяют антидепрессанты с седативным эффектом (амитриптилин) с нейролептиками (тизерцин, сонапакс, меллерил). При астенодепрессивном синдроме наиболее эффективны антидепрессанты с психоэнергизирующим эффектом (типа мелипрамина). При подострых параноидах с ведущим депрессивно-бредовым синдромом, возбуждением, растерянностью и страхом тизерцин способствует редукции психопатологической симптоматики. В последующем необходимо присоединение нейролептиков с выраженным антипсихотическим действием (этаперазин, трифтазин, галоперидол).

Если реактивный психоз дебютировал синдромом Кандинского — Клерамбо, сменяющимся в дальнейшем депрессивно-параноидным, а затем астенодепрессивным синдромом, то сначала наиболее эффективны нейролептики (тизерцин, трифтазин, галоперидол, а также этаперазин), назначаемые курсом. В тех случаях, когда синдром психического автоматизма сменяется депрессивно-параноидным синдромом, на фоне нейролептиков применяют антидепрессанты седативного действия. В ряде случаев длительного астенодепрессивного синдрома эффективными оказываются антидепрессанты с психоэнергизирующим эффектом (мелипрамин).

При различных формах истерических реактивных психозов с трансформацией синдромов истерической структуры выбор препаратов в основном определяется характером депрессии, являющейся в этих случаях стержневым синдромом, а также типом течения реактивного психоза. Так, при псевдодеменции,



псевдодементно-пуэрильном синдроме, а также бредоподобных фантазиях на фоне истерической депрессии с тенденцией к заторможенности в группе подострых реактивных психозов показано сочетание антидепрессантов с седативным эффектом с нейролептиками типа тиоридазина (сонапакс, меллерил), а также транквилизаторами-активаторами, обладающими наряду с седативным действием активирующим и стимулирующим эффектом (седуксен, триоксазин). При этих же синдромах на фоне ажитированной истерической депрессии с колебаниями психомоторного фона и периодами возбуждения более эффективным оказывается сочетание нейролептиков (аминазин, хлорпротиксен) с антидепрессантами (амитриптилин), а также препаратами, транквилизирующее действие которых сочетается с седативным эффектом (элиниум, эуноктин и нейролептики типа тералена).

При затяжных реактивных психозах с одностипным прогрессирующим течением применение психотропных средств основано на том же принципе. Особенно большое значение при этом приобретает рациональная психотерапия.

При трансформирующемся типе течения тактика применения психотропных средств вначале та же, что и при подострых реактивных психозах. При нарастании психомоторной заторможенности, достигающей степени истерического преступора или ступора, наиболее эффективны большие нейролептики, особенно трифтазин. Одновременно проводится курс терапии барбамилом с кофеином, дающий в сочетании с нейролептиками особенно хорошие результаты.

При депрессивном ступоре терапевтическая тактика сходна с лечением соответствующей клинической формы депрессии, сопровождающейся психомоторной заторможенностью.

При галлюцинаторно-параноидном ступоре как этапе затяжных реактивных психозов с галлюцинаторно-параноидными синдромами лечение определяется этими синдромами.

При вялом астеническом ступоре, являющемся заключительным звеном астенической депрессии, лечение последней и составляет основную задачу. При вялом ступоре, формирующемся в процессе вялопрогредиентного типа течения, ведущее значение имеют нарушения обменных процессов и физическое истощение. В связи с этим необходимо применение малых доз инсулина с одновременным введением глюкозы и витаминов. При выраженных нарушениях белково-азотного обмена положительные результаты дает применение препаратов, обладающих специфическим анаболическим действием. Целесообразно назначение ноотропов и ГАМКергических веществ. На фоне такой терапии, направленной на соматическое патогенетическое звено, применяется комбинированное лечение малыми дозами трифтазина или френолона с антидепрессантами.

При всех указанных формах ступорозных состояний комбинированное лечение нейролептиками, антидепрессантами и тран-

квилизаторами следует проводить в сочетании с курсовым применением барбамила с кофеином.

Психофармакологическая терапия реактивных психозов должна сочетаться с психотерапией, значение которой возрастает в период выхода больных из болезненного состояния. При всех формах реактивных психозов показана общеукрепляющая терапия.

### Судебно-психиатрическая оценка

В состоянии реактивного психоза криминальные действия совершаются редко, обычно реактивное состояние развивается после правонарушения. Если противоправные действия совершены в состоянии реактивного психоза, то, естественно, следует говорить о невменяемости.

Если реактивные состояния возникают после совершения правонарушения, то перед экспертом ставится вопрос о возможности обследуемого предстать перед судом и нести ответственность за совершенное правонарушение. При острых и подострых реактивных психозах, кратковременных и полностью обратимых, выздоровление обычно наступает в экспертном стационаре, поэтому решение вопроса о возможности участия подэкспертного в судебно-следственном процессе или пребывания в местах лишения свободы не вызывает затруднений. Трудности возникают при решении этих же вопросов при затяжных реактивных психозах. Основной задачей экспертизы и в этих случаях является определение глубины, тяжести и прогноза болезненного состояния. Затяжные реактивные психозы с однотипным или трансформирующимся течением и преобладанием истерических синдромов (истерическая депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм и т. п.) прогностически наиболее благоприятны. Эти состояния не вызывают, как правило, и дифференциально-диагностических затруднений. В подобных случаях обычно может выноситься заключение о вменяемости, но ввиду длительности реактивного психоза больных следует направлять на принудительное лечение до выздоровления, после чего они могут предстать перед судом и нести ответственность.

При определении прогноза и выборе практических мероприятий в отношении больных с частыми рецидивами истерических синдромов следует подчеркнуть, что чаще психопатологическая картина повторных эпизодов строится по типу отработанных клише и не отражает усложнения первоначальной психопатологической симптоматики. При судебно-психиатрической оценке каждого повторного эпизода, однотипного по клинической картине с первоначальным, следует исходить из тех же положений, что и при экспертизе первоначального реактивного состояния.

При трансформирующихся затяжных реактивных психозах с ведущими депрессивными, депрессивно-параноидными и галлюцинаторно-параноидными синдромами экспертные трудности связаны со сложностью их дифференцировки с шизофренией.

В подобных случаях временное болезненное расстройство душевной деятельности препятствует определению психического состояния подэкспертного в период совершения противоправных действий. Кроме того, реактивные психозы с депрессивными и параноидными синдромами могут оказаться неблагоприятными как по течению, так и по исходу. В связи с возможностью диагностических расхождений, а также формирования различных по глубине постреактивных изменений личности целесообразно направление больных в соответствии со ст. 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик и Постановлением Президиума Верховного Совета СССР от 13.06.85 г. № 2614-XI (о применении указанной статьи) в психиатрические больницы на принудительное лечение с последующим возвращением в экспертное учреждение для решения поставленных перед экспертами вопросов. Обычно эти меры достаточно эффективны. После соответствующей активной терапии в тех случаях, когда выявляется психогенная природа заболевания, подэкспертные могут предстать перед судом и нести ответственность.

Прекращение принудительного лечения больным с депрессивными и параноидными реакциями можно рекомендовать только после полного выздоровления с исчезновением постреактивной астении и восстановлением критики к болезненным переживаниям. О таком выходе с достоверностью можно судить лишь после отмены активной терапии, даже поддерживающих доз.

Судебно-психиатрическая оценка наиболее редкой и малочисленной группы затяжных реактивных психозов с вялопрогредиентным течением наиболее сложна. Нарастающее физическое истощение и стойкие вегетативно-обменные сдвиги, не обнаруживающие тенденции к сглаживанию, при преморбидных патологических особенностях личности и соматических заболеваниях в анамнезе следует рассматривать как прогностически наиболее неблагоприятное сочетание. Неблагоприятным признаком следует также считать повторные эпизоды реактивных состояний не по типу клише, а с тенденцией к усложнению и нарастанию параноидной симптоматики.

Характерное для этой группы длительное прогредиентное течение заболевания с формированием изменений психики по органическому типу лишает больных способностей, необходимых при выполнении процессуальных требований, предъявляемых к лицу, ответственному за преступление, совершенное в состоянии вменяемости. Данный вариант течения затяжных реактивных психозов следует рассматривать как хроническое душевное заболевание, возникшее после совершения преступления, со всеми вытекающими из этого последствиями. Обычно окончательному решению вопроса о возможности предстать перед судом и нести ответственность предшествует направление больных на принудительное лечение. При экспертизе осужденных в подобных слу-

чаях правомерна постановка вопроса о применении ст. 362 УПК РСФСР.

В экспертном заключении о реактивном психозе должно быть обязательно указано время возникновения заболевания, поскольку от этого зависит оценка психического состояния подэкспертного в период следствия при выполнении тех или иных следственных действий. Больные с реактивной депрессией склонны к самообвинению и самооговору. При реактивных параноидах поведение больных и их показания в период следствия могут быть обусловлены бредовыми идеями отношения, преследования и болезненной интерпретацией окружающего. Решить эти специфические судебно-психиатрические вопросы можно только на основании установления типа течения реактивного психоза и, главное, этапа, на котором давались те или иные показания, а также выполнялись другие следственные действия. При подострых реактивных психозах, развивающихся быстро и характеризующихся в остром периоде нарушениями сознания и изменениями поведения, время возникновения психотического состояния выявляется достаточно отчетливо. Установить период, до которого к показаниям обследуемого следует относиться как к показаниям здорового человека, нетрудно. Установить время возникновения стертых форм затяжных реактивных психозов труднее. Необходимо иметь в виду, что психозу нередко предшествует невротический этап заболевания, не исключающий выполнение следственных действий. Анализ психического состояния в период пребывания больного на экспертизе дает основание судить о предшествующих этапах реактивного психоза и его динамике в целом. Эти данные в сопоставлении с материалами дела, отражающими поведение подэкспертного в период следствия, позволяют ответить на поставленные вопросы.

## Глава 24

### ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Исключительные состояния — группа острых кратковременных расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но во многом сходных по клиническим признакам. Эти расстройства начинаются внезапно в связи с внешней ситуацией, они непродолжительны, сопровождаются расстроеным сознанием и полной или частичной амнезией. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями и, как правило, представляют собой единственный эпизод в жизни.

К исключительным состояниям относятся патологическое опьянение<sup>1</sup>, патологический аффект, сумеречные состояния со-

---

<sup>1</sup> Отграничение патологического опьянения от простого алкогольного опьянения, имеющее большое практическое значение, см. в главе 18.

знания, не являющиеся симптомом какого-либо хронического психического заболевания, патологическое просоночное состояние и реакция «короткого замыкания».

Целесообразность и клиническая оправданность выделения исключительных состояний в самостоятельную группу подтверждаются практикой судебно-психиатрической экспертизы. Перед экспертами часто ставят вопрос о психическом состоянии субъекта в момент совершения общественно опасных действий, поэтому обоснование самого понятия «исключительное состояние» и разработка диагностических критериев проводились применительно к правовым нормам — к вопросам вменяемости — невменяемости.

### Краткие исторические сведения

В П. Сербский (1894) отмечал, что такие кратковременные психотические состояния наряду с эпилептическими эквивалентами и некоторыми другими видами расстройств сознания соответствуют понятию «бессознательное состояние». В русском дореволюционном законодательстве оно было одним из критериев невменяемости.

С. С. Корсаков (1901) описывал отдельные формы, относящиеся к исключительным состояниям в современном их понимании, в рубрике «самостоятельные быстротечные психотические состояния». В эту группу им включены быстротечное умопомешательство, патологический аффект и патологические проявления сна. С. С. Корсаков подчеркивал общие клинические признаки, свойственные этим состояниям: внезапное начало, кратковременное течение — «всегда в виде отдельного взрыва», возникновение подобных состояний у людей, до того не проявлявших признаков психической болезни, и отсутствие повторения в большинстве случаев.

В учебниках общей психиатрии исключительные состояния не выделяются в самостоятельную группу как не имеющие нозологического единства. Патологический аффект, сумеречные расстройства сознания и просоночные состояния рассматриваются в разделах общей психопатологии, посвященных патологии эмоциональной сферы и расстройствам сознания; патологическое опьянение — в главе об алкоголизме; реакция «короткого замыкания» — в главе, посвященной реактивным состояниям. В связи с этим не описаны общие патогенетические признаки этих форм.

Наиболее углубленно исключительные состояния, составляющие одну из специфических особенностей судебно-психиатрической клиники, изучали судебные психиатры.

Исследования способствовали разработке дифференцированных критериев отграничения указанных форм от иных кратковременных расстройств психической деятельности, а также от внешне сходных неболезненных состояний. Изучение отдельных форм позволило выявить общие и наиболее существенные признаки, присущие всей группе исключительных состояний. Творческое обобщение этих исследований и клинического опыта судебно-психиатрической экспертизы в области исключительных состояний нашло отражение в работах Э. Н. Разумовской (1938), И. Н. Введенского (1947), А. Н. Бунеева (1955), Д. Р. Лунца (1965). В этих исследованиях были разработаны частные клинико-психопатологические особенности, свойственные отдельным формам, а также общие закономерности, отражающие клинико-патогенетическую сущность этих состояний. Полученные данные легли в основу современной концепции об исключительных состояниях, способствуя сужению их клинических границ, что нашло отражение в экспертных заключениях. В 1926 г. в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского диагноз исключительного состояния (включая патологическое опьянение) был установлен у 38% всех обследованных, признанных невменяемыми, а в 1932 г. — лишь у 6% [Ра-

зумовская Э. Н., 1935]. В последующем отмечалась тенденция к неуклонному снижению диагностики исключительных состояний. В настоящее время исключительные состояния составляют 1—2% всех диагнозов невменяемых.

По данным Д. Р. Лунца (1961), с 1953 по 1959 г. патологическое просоночное состояние было диагностировано в 8 наблюдениях, патологический аффект — в 2, сумеречные состояния, не являющиеся выражением какого-либо заболевания, — в 4 наблюдениях. За период с 1955 по 1974 гг. диагноз патологического аффекта был поставлен в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского только в 4 случаях, а в следующее десятилетие — ни разу [Доброгаева М. С., 1985].

### Клинические проявления

Кардинальным признаком всех исключительных состояний является их психотическая природа. Как подчеркивал И. Н. Введенский (1947), исключительные состояния по существу хотя и очень кратковременные, но всегда психотические состояния. Ведущее место в их клинической картине занимает нарушение сознания. Преобладают различные варианты сумеречного расстройства сознания с дезориентировкой, полным отрывом от действительности и болезненно искаженным восприятием окружающего. Глубокая дезориентировка в окружающем сочетается с сохранностью сложных взаимосвязанных автоматизированных действий. Поведение при сумеречном состоянии сознания обусловлено образным бредом, галлюцинациями, напряженным аффектом страха, злобы, тоски и ярости, что и определяет общественно опасные действия.

Последующая амнезия распространяется не только на реальные события, но нередко касается и субъективных переживаний. С. С. Корсаков (1901) подчеркивал, что по глубине помрачения сознания, внезапности возникновения и остроте течения патологическое опьянение и патологический аффект обнаруживают сходство с приступом эпилептического психоза.

Структура нарушения сознания одинакова не при всех видах исключительных состояний. При некоторых формах патологического опьянения и патологическом аффекте отмечается глубокое помрачение сознания с двигательным возбуждением, тенденцией к немотивированным разрушительным действиям и агрессии с последующей тотальной амнезией. При других формах патологического опьянения, а также при просоночных состояниях и реакции «короткого замыкания» изменение сознания менее глубоко. В этих случаях при патологической переработке и болезненно искаженном восприятии ситуации сохраняется восприятие отдельных элементов окружающего, в том числе и отдельных словесных сигналов. Амнезия также бывает иной: при полном запоминании реальных событий сохраняются отрывочные, «островные» воспоминания о содержании болезненных расстройств.

Исключительные состояния могут наблюдаться у практически здоровых лиц. Однако в анамнезе большинства лиц, пере-

несших исключительное состояние, выявляются нерезкие резидуальные органические изменения травматической, инфекционной или интоксикационной этиологии [Морозов Г. В. и др., 1979]. Нельзя исключить в ряде случаев и роль конституционального предрасположения, в частности эпилептического. Весьма большое значение имеет также временное изменение реагирующей почвы (временное приобретенное предрасположение, по В. П. Осипову, 1941). Особенно большая роль принадлежит астении, истощающему влиянию предшествующего напряжения и перевозбуждения, а также бессоннице.

Таким образом, предрасположенность почвы создается комплексом патогенных факторов. Они обуславливают изменение функционального состояния нервной системы к моменту действия того раздражителя, который вызывает острое психотическое состояние. В возникновении такого временного предрасположения участвует множество случайных ослабляющих факторов в необычных, редких сочетаниях, чем, по-видимому, и объясняется чрезвычайная редкость исключительных состояний и малая вероятность их повторного возникновения у одного и того же лица.

**Патологический аффект** представляет собой кратковременное психотическое состояние, внезапное возникновение которого связано с психотравмирующими факторами. Как одно из исключительных состояний патологический аффект имеет все их основные признаки.

В поисках надежных критериев, позволяющих дифференцировать патологический аффект с физиологическим, обсуждались состояние сознания при патологическом аффекте и особенности почвы, на которой он возникает. В таких случаях отмечается более или менее выраженное помрачение сознания. Можно сказать, что без нарушения сознания нет патологического аффекта. R. Krafft-Ebing, предложивший в 1867 г. термин «патологический аффект», указывал на глубокое расстройство сознания с обязательно вытекающей отсюда неясностью, отрывочностью или полной утратой воспоминаний о содеянном. В. П. Сербский (1894), С. С. Корсаков (1901) дали подробное описание патологического аффекта, который они относили к состояниям умоиступления и беспамятства. Глубокие нарушения сознания при патологическом аффекте подчеркивали В. П. Осипов (1923), Ю. В. Португалов (1925).

В Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского [Калашник Я. М., 1941; Введенский И. Н., 1947; Лунц Д. Р., 1955, 1965] понятие патологического аффекта получило четкое клиническое определение. В клинической картине патологического аффекта, несмотря на его чрезвычайную остроту, схематически выделяют 3 стадии, или фазы: первая — подготовительная, вторая — фаза взрыва и третья — исходная, или заключительная [Португалов Ю. В., 1925; Введенский И. Н., 1947; Калашник Я. М., 1971].

В подготовительной фазе в связи с психотравмирующими факторами (тяжелая обида, оскорбление и др.) нарастает эмоциональное напряжение, изменяется восприятие окружающего, нарушается способность наблюдать происходящее, оценивать обстановку и осознавать свое состояние. Сознание ограничено узким кругом представлений, непосредственно связанных с травмирующим переживанием. Все остальное не воспринимается.

Начальная фаза без резких границ переходит в следующую — фазу взрыва. Напряженный аффект гнева или иступленной ярости мгновенно достигает кульминационной точки, сопровождается глубоким помрачением сознания с резким повышением порога восприятия и полной дезориентировкой. На высоте нарушения сознания возможны иллюзорные представления, функциональные галлюцинации, психосенсорные расстройства. Аффективный разряд проявляется бурным двигательным возбуждением с автоматическими действиями, бессмысленной агрессией и разрушительными тенденциями. По описанию С. С. Корсакова (1901), «аффект выливается в ряд агрессивных действий, иногда носящих характер сложных произвольных актов, совершаемых с жесткостью автомата или машины».

Обычно в этой фазе наблюдаются выраженные мимические и вегетативно-сосудистые реакции. Лицо резко краснеет или становится необычайно бледным. Черты лица искажаются, чрезмерно выразительная мимика отражает смещение различных эмоций, гнев и отчаяние, ярость и недоумение. Следующая за этим предельным напряжением заключительная фаза — внезапное истощение физических и психических сил и непреодолимый глубокий сон. В некоторых случаях вместо сна возникает прострация (общая слабость, вялость, полная безучастность и безразличие к окружающему и содеянному).

**Дифференциальная диагностика.** Четкие клинические критерии диагностики патологического аффекта имеют особенно большое значение в связи с необходимостью его отграничения от физиологического аффекта, поскольку различные преступления, особенно против личности, нередко совершаются в состоянии душевного волнения. Наибольшие затруднения вызывает отграничение от патологического аффекта аффективных реакций, свойственных лицам с остаточными явлениями органического поражения центральной нервной системы, психопатическим личностям возбудимого и истерического круга [Остришко В. В., 1983]. При отграничении этих состояний следует помнить, что патологический аффект как психотическое состояние качественно отличается от внешне сходных аффективных реакций. Основным клиническим отличием патологического аффекта служит нарушение сознания с отрывом от действительности, искаженным ее восприятием, ограничением сознания узким кругом представлений, непосредственно связанных с актуальным раздражителем. Психотическая природа патологического аффек-



та проявляется также в закономерной смене фаз, прослеживающейся несмотря на чрезвычайную остроту этого состояния.

В отличие от этого непсихотические аффективные реакции при физиологическом аффекте развиваются менее остро, их динамика не отражает характерной смены фаз и не завершается глубокой протрацией, присущей заключительной фазе патологического аффекта. В клинической картине этих реакций отсутствует основной психопатологический признак — помрачение сознания, который определяет «границу между физиологическим и патологическим аффектом» [Сербский В. П., 1912].

Речевая продукция при физиологическом аффекте отражает преобладающий эмоциональный фон и соответствует ситуации, вызвавшей аффективную реакцию. Высказывания являются ответом на внешние раздражители; позволяя сохранять контакт с окружающими, они не отражают бредовых представлений или болезненно искаженного восприятия внешней среды.

При неболезненных аффективных реакциях в поведении и психической деятельности вменяемого ведущими остаются социально-психологические детерминанты. Сильное душевное волнение закон считает смягчающим вину обстоятельством, если оно вызвано неправомерными действиями потерпевшего (§ 5 ст. 38 УК РСФСР). Однако анализ и квалификация этих непсихотических состояний не входят в компетенцию судебного психиатра. Д. Р. Луиц (1955) подчеркивал, что эти состояния, будучи неболезненными по своей природе, не подлежат психиатрическому анализу, применяемому лишь к психопатологическим явлениям. Следовательно, эксперт-психиатр может говорить о таких состояниях и констатировать их лишь в плане отграничения от тех или иных психопатологических синдромов (в первую очередь от патологического аффекта), но не должен определять их степень (интенсивность).

Обследуемый С., 29 лет, обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений своему отцу, от которых пострадавший скончался

С. окончил 10 классов средней школы, затем учился на курсах плановиков и одновременно работал в должности инженера-экономиста. По характеру впечатлительный, чувствительный, деликатный. Женат, отношения с женой хорошие, несмотря на сложную ситуацию в семье. Отец обследуемого злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения избивал свою жену. В последнее время С. заканчивал курсы, много работал, очень уставал из-за бессонных ночей, так как отец ежедневно приходил домой пьяный, устраивал скандалы.

В день происшествия отец пришел поздно, в нетрезвом состоянии, скандалил с матерью, требовал, чтобы она за что-то просила у него прощения, нецензурно бранился, всячески оскорблял мать, бил ее кулаками по голове. С., лежа за занавеской, напряженно прислушивался; скандал все разгорался. Отец, схватив со стола сапожный молоток, стал угрожать им матери. Она громко закричала, после чего проснулся и заплакал маленький сын обследуемого. Крик сына «подействовал как сирена», вызвал страшный гнев. Вскочив с кровати, С. бросился в комнату родителей, подбежал к отцу, набросился на него с молотком. В глазах потемнело, видел только искаженное лицо ребенка, оно то приближалось, увеличиваясь, то куда-то проваливалось, чувствовал, как его «обволакивает туман». Что произошло в дальнейшем, не помнит. Очнувшись в комнате родителей ощущал при этом резкую слабость,

разбитость, сонливость. Был потрясен, узнав от жены о случившемся. Преодолевая усталость, пытался оказать отцу помощь, но, не дождавшись врачей, уснул.

Из материалов дела известно, что, когда мать обследуемого позвала на помощь и одновременно заплакал ребенок, С. вскочил с кровати и стремительно бросился к отцу, который замахнулся на него молотком. Когда жена С. выбежала из-за занавески, она увидела в руках у мужа молоток. С. стоял наклонившись над отцом лежавшим в крови на полу. Он был очень бледен, дрожал всем телом. На вопросы жены не реагировал, «глаза его были какие-то остекленевшие, остановившиеся», «он смотрел и ничего не видел», продолжая методично наносить отцу удары молотком по голове. Когда жена вырвала молоток из рук С. и громко закричала, назвав его по имени, он как бы пришел в себя и с удивлением посмотрел на окровавленного отца. При этом был растерян, куда-то порывался идти, вдруг «замер, остановился, как вкопанный». Затем подошел к отцу, нагнулся над ним, тут же как-то боком прислонился к стулу и моментально заснул. Окружающие положили его на кровать, но он не проснулся, продолжал спать и в тот момент, когда мимо него на носилках несли отца. Отец был доставлен в больницу в бессознательном состоянии с множественными переломами костей черепа и повреждением мозгового вещества.

При обследовании: патологических отклонений внутренних органов нет. Отмечаются явления вегетативной дисфункции.

Обследуемый в ясном сознании. Во время беседы держится просто, естественно. Подробно рассказывает об обстоятельствах, предшествовавших правонарушению. Помнит, как отец замахнулся на него молотком. Сам момент убийства вспомнить не может, даже приблизительно не смог установить, сколько времени длилось возникшее у него состояние. Угнетен случившимся, тяжело переживает смерть отца.

Заключение: С. хроническим психическим заболеванием не страдает, имеются признаки вегетососудистой недостаточности. В момент правонарушения находился в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического аффекта; в отношении инкриминируемого деяния невменяем.

Кратковременное психотическое состояние в данном случае развилось как реакция на аффективное раздражение на фоне астении, обусловленной действием временно ослабляющих факторов (переутомление, бессонница) при постоянно свойственных С. явлениях вегетососудистой дистонии.

В клинической картине отчетливо прослеживаются 3 фазы. В первой, подготовительной фазе под влиянием тяжелых травмирующих переживаний нарастало аффективное напряжение, сознание было ограничено узким кругом представлений, связанных с ним. Подготовительная фаза перешла в фазу взрыва с агрессивными действиями в виде двигательных автоматизмов. При этом отмечалось нарушение сознания с полным расстройством ориентировки, болезненно искаженным восприятием окружающего, отрывом от реальности и отсутствием контакта с окружающими; обращают на себя внимание резкие вегетативно-вазомоторные реакции, необычный вид обследуемого, особенности его мимики и моторики в момент агрессии.

В заключительной фазе наступили резкое истощение, общая расслабленность с последующим терминальным сном. Отмечалась тотальная амнезия в отношении содеянного; остались лишь отрывочные воспоминания о событиях подготовительной фазы и патологических переживаниях периода взрыва.

**Сумеречные состояния.** Их клиническая картина, как было сказано выше (см. главу 11), неоднородна. Данная форма исключительных состояний в противоположность остальным может неоднократно возникать у одного и того же лица.

**Патологические просоночные состояния** ранее описывались под названием «опьянение сном». Большинство авторов подчеркивали частоту агрессивных действий, совершаемых в подобных состояниях. На судебно-психиатрическое значение «опьянения сном» указывал А. Н. Пушкарев (1848). В дальнейшем в руководствах по психиатрии они рассматривались в рамках сумеречных состояний. С. С. Корсаков (1901) описывал просоночные состояния в группе быстротечного умопомешательства со всеми признаками, свойственными исключительным состояниям в современном понимании. Особенно подробно эти состояния описал Н. Gudden (1905). Из 18 собранных им случаев в 11 произошло убийство и в 4 были нанесены тяжкие телесные повреждения. Рассматривая различные клинические варианты «опьянения сном», автор отмечал, что сновидения воспринимались так живо и ярко, как если бы они были действительностью. Полупробудившийся человек действует под влиянием остатков этих сновидений, обычно устрашающих.

В дальнейшем подобные состояния описывались как клинические формы нарушений сна [Сербский В. П., 1912; Эпштейн А. Л., 1928; Попов Е. А., 1959; Lechner, 1909]. Однако к исключительным состояниям относятся только варианты просоночных состояний с психотической симптоматикой [Введенский И. Н., 1947; Печерникова Т. П., 1962; Лунц Д. Р., 1965].

Под патологическим просоночным состоянием следует понимать состояние неполного пробуждения после глубокого сна с неравномерным переходом от сна к бодрствованию отдельных систем головного мозга. При «пробуждении» более простых двигательных функций высшие психические функции, прежде всего сознание, остаются в состоянии сонного торможения.

Такой неравномерный, замедленный переход от сна к бодрствованию сопровождается помрачением сознания, глубокой дезориентировкой. Продолжающиеся сновидения бывают яркими, образными, устрашающими. Искаженно воспринимаемые реальные события вплетаются в устрашающее сновидение, сочетаются с иллюзорными и даже кратковременными галлюцинационно-бредовыми переживаниями.

Освободившиеся от сонного торможения моторные функции делают субъекта способным к агрессивно-защитным действиям. Они проявляются в форме или отдельных автоматических поступков, или целостных двигательных актов, отражающих патологические переживания. В просоночных состояниях нередко совершаются убийства и наносятся тяжкие телесные повреждения. После периода возбуждения обычно наступает окончательное пробуждение с полным восстановлением сознания и последующей адекватной реакцией растерянности и удивления

по поводу происшедшего. После окончательного пробуждения воспоминаний о болезненном состоянии обычно не остается. Иногда они частично сохраняются, касаясь в основном сновидных образов. Просоночные состояния длятся иногда лишь несколько мгновений [Сербский В. П., 1912], но в некоторых случаях занимают больше времени.

Просоночные состояния возникают обычно у лиц с теми или иными нерезко выраженными органическими изменениями центральной нервной системы, чаще травматического происхождения [Лунц Д. Р., 1955; Попов А. Е., 1957], а также у глубоко и крепко спящих людей. Наряду с этим большое значение в генезе патологических просоночных состояний имеет комплекс временных вредностей, воздействовавший перед засыпанием. Среди них на первом месте стоит употребление алкоголя. В этих случаях просоночные состояния развиваются при спонтанном или вызванном внешними причинами пробуждении лиц, заснувших в состоянии опьянения. Отмечена патогенная роль предшествующего эмоционального напряжения, переутомления, вынужденной бессонницы и соматопсихической астенизации.

Обследуемый П., 35 лет, обвиняется в убийстве жены

Рос и развивался правильно, окончил 4 класса средней школы, работал в колхозе. Участвовал в Великой Отечественной войне. В возрасте 20 лет перенес контузию с кратковременной потерей сознания. После демобилизации работал лесорубом. По характеру всегда был веселым, жизнерадостным и общительным. В 22 года перенес операцию по поводу язвы желудка; после операции стал раздражительным, замкнутым. Начал работать ночным сторожем в пекарне. Алкогольные напитки переносил плохо, пьянел от небольших количеств алкоголя, в состоянии опьянения быстро засыпал. Всегда спал очень крепко, испытывал повышенную потребность в сне. При недосыпании чувствовал разбитость, непреодолимую сонливость.

В день правонарушения ужинал вместе с женой, выпил около 300 г водки. В тот вечер был расстроен, так как жена отказалась поехать вместе с ним к родителям. Около 22 ч ушел на ночное дежурство. Во время дежурства замерз, «продрог», несколько раз приходил домой, но согреться не мог. Чувствовал себя усталым, разбитым. Не дождавшись сменщика, раньше времени ушел домой; сразу же лег в постель, тут же уснул. Помнит, что ему приснился страшный сон. Снилось, что поломали пекарню, разбили там все окна. В проеме разбитого окна увидел фигуру в белом, которая приближалась к нему, вытянув вперед руку, слышал плач ребенка, крики о помощи. Спасаясь, пытался бежать, но этот человек все время оказывался рядом, в страхе ударил его топором. О последующих событиях ничего не помнит. Проснулся «от какого-то толчка», услышав стук в дверь, по привычке зажег свет, открыл входную дверь. Увидев людей около дома, «почувствовал что-то неладное»; только после этого заметил в углу комнаты труп жены, кровь на полу, очень испугался, не мог понять, что произошло.

Из материалов дела известно, что П. пришел с дежурства в 4 ч, лег спать на кровать, где спал грудной ребенок. В этой же комнате спали жена обследуемого, 5-летняя дочь и родственница. Около 6 ч П. внезапно вскочил с кровати, стал метаться по комнате, что-то бормотал. Как показывает родственница, при этом вид у него был растерянный, он был бледен, дрожал, повторял одно и то же: «Окна бьют, ломают пекарню». Родственница разбудила жену, которая тут же поднялась, а сама, схватив грудного ребенка, выбежала из дома, чтобы позвать на помощь.

Свидетелем дальнейших событий является только 5-летняя дочь П., которая показала, что когда мать подбежала к отцу, он молча схватил топор, стоявший у печки, и «стал рубить маму». Девочка звала на помощь, но ря-

дом никого не было. Она закрыла голову подушкой и больше ничего не слышала. Пришедшие через 15 мин соседи увидели на полу труп жены П., а на ее кровати поперек, на спине, лицом вверх, с полусогнутыми ногами лежал П. Между колен у него была зажата отрубленная рука жены. На оклики окружающих он не отзывался. Соседи вынесли девочку и закрыли дом.

Свидетели, стоявшие у окна, сообщают, что через 15—20 мин сосед снова постучал в дверь. П. поднялся с кровати, зажег свет, открыл дверь; при этом он с недоумением озирался по сторонам. Увидев на полу труп жены, П. бросился к ней, плакал.

При судебно-медицинском освидетельствовании трупа женщины установлено, что голова держится на узкой полоске кожи, на ней имеется рубленая рана, из которой вытекает мозг. Позвоночник в области шеи разрублен на 3 части. Передняя поверхность грудной клетки до V ребра представляет собой одну зияющую рану, левая рука изрублена на мелкие куски, правая рука отрублена от туловища в области плечевого сустава.

При обследовании отклонений внутренних органов от нормы не установлено. По средней линии живота послеоперационный рубец. Зрачки равномерны, правильной формы, реакция на свет живая. Правая носогубная складка слегка сглажена, язык при высовывании отклоняется влево. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет.

В первое время П. был тосклив, подавлен, почти не отвечал на вопросы. В дальнейшем стал доступным, подробно сообщает анамнестические сведения, прерывая свою речь слезами, рассказывает о своем сновидении. О реальных событиях, относящихся к этому периоду, не помнит, очнулся лишь тогда, когда постучали в дверь.

У П. в момент совершения убийства возникло типичное патологическое просоночное состояние с болезненно искаженным восприятием окружающего после спонтанного, но неполного пробуждения от глубокого сна. Яркие устрашающие сновидения продолжались после того, как моторные функции освободились от сонного торможения. Отдельные отрывочные высказывания указывали на связь патологических переживаний со сновидениями и раскрывали их содержание. Реальные события — фигура проснувшейся жены, плач ребенка, крики о помощи — вплетались в созданную сновидением ситуацию. Продолжавшиеся сновидения сопровождалась тревогой, страхом. Действия обследуемого были связаны с патологическими переживаниями, носили характер автоматизмов с бессмысленной агрессией, о чем свидетельствует множество ударов, нанесенных в одно место. Возбуждение сменилось глубоким сном с последующей полной амнезией реальных событий при сохранности воспоминаний, касающихся сновидения.

Заключение: обследуемый П. хроническим психическим заболеванием не страдает. Во время общественно опасного действия находился в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического просоночного состояния; в отношении инкриминируемого деяния невменяем.

**Реакция «короткого замыкания».** В судебно-психиатрической клинике понятие реакция «короткого замыкания» почти не применяется, однако это не значит, что соответствующие клинические формы исчезли [Морозов Г. В. и др., 1966].

Как подчеркивал И. Н. Введенский (1947), уже в самом этом термине смешиваются два различных понятия: предполагаемый патопсихологический механизм, лежащий в основе этой реакции, и психопатологический синдром. Состояния, объединявшиеся ранее термином реакция «короткого замыкания», были клинически неоднородны. В эту группу включались крайне редкие психогенные сумеречные состояния с расстройством сознания и автоматическими действиями, а также острейшие

реактивные психозы, в клинической картине которых ведущее место занимала депрессия, сопровождавшаяся импульсивными опасными действиями [Введенский И. Н., 1947; Лунц Д. Р., 1965]. Эти кратковременные расстройства по всем признакам следует относить к психозам в момент правонарушения, исключая вменяемость.

Вместе с тем в понятие реакция «короткого замыкания» включались и непсихотические формы реактивных состояний без глубоких расстройств сознания или выраженных аффективно-волевых расстройств, соответственно не исключая вменяемости [Введенский И. Н., 1947]. Это приводило к стиранию границ между нормой и патологией и нечеткости диагностических, а также судебно-психиатрических критериев. Сужение понятия реакция «короткого замыкания» привело к большей четкости его клинического содержания.

Такая патологическая реакция возникает в связи с затяжной психотравмирующей ситуацией и в результате разряда длительного и интенсивного аффективного напряжения, сопровождающегося тревожными опасениями, ожиданием неприятностей, на которых сосредоточены почти все представления субъекта. П. Б. Ганнушкин (1933) считал, что в возникновении реакции «короткого замыкания» большую роль играют сверхценные идеи. Общественно опасное действие, которое до того не предполагалось, вызывается мгновенно сложившейся, зачастую совершенно случайной ситуацией. Клиническая картина определяется либо расстроенным сознанием, либо резко выраженными, не соответствующими поведению аффективными нарушениями (иступленная ярость, отчаяние и т. п.), сочетающимися с импульсивными, автоматическими действиями, в том числе опасными для окружающих. По миновании реакции «короткого замыкания» так же, как и после патологического аффекта, наступает сон или резкое психофизическое истощение.

Не все отечественные психиатры согласны с выделением этой формы исключительных состояний. Д. А. Аменицкий (1947) считал, что в подобных случаях следует говорить о синдроме исключительного состояния аффективного генеза, практически равнозначном патологическому аффекту, с участием механизма «короткого замыкания».

В последние годы стали несколько чаще диагностировать реакцию «короткого замыкания», причем в отличие от других клинических форм исключительных состояний чаще у женщин, что объясняется, по-видимому, особенностями их аффективной сферы. В зарубежной литературе понятие реакции «короткого замыкания» сохранилось в прежнем объеме.

### **Диагностика исключительных состояний**

Диагностика исключительных состояний встречает ряд специфических трудностей, связанных с ретроспективной оценкой клинической картины. Как подчеркивал И. Н. Введенский

(1947), исключительные состояния нужно ограничивать главным образом на основании общих клинических признаков этих расстройств, так как «не характер течения, не патогенетические моменты, не почва, а клиника этих состояний в конечном счете определяет их патологическую сущность и дает наиболее надежные критерии для их распознавания и оценки<sup>1</sup>. При диагностике этих расстройств, как отмечал А. Н. Бунеев (1947), следует опираться в первую очередь на психопатологическую структуру самого кратковременного болезненного состояния.

Поскольку диагностика этих состояний основана на ретроспективном анализе их клинической картины, ведущее значение приобретают материалы уголовного дела, свидетельские показания о поведении и состоянии обследуемого. Перед экспертом-психиатром стоит трудная задача: по отдельным, подчас разрозненным показаниям свидетелей и другим данным следственного дела восстановить целостную клиническую картину и определить наличие или отсутствие психотического состояния.

Свидетельские показания могут отражать ряд клинических признаков, характеризующих состояние сознания. Особенно важно изучить отношения обследуемого с окружающими, что дает основание судить об ориентировке, адекватности речевого контакта. Необходимо внимательно проанализировать высказывания, даже лаконичные и отрывочные, отражающие подчас галлюцинаторные обманы восприятий, бредовые идеи, особенности восприятия обстановки и реагирования на окружающее.

Большое значение имеет также уточнение особенностей моторики в момент правонарушения. Важно установить наличие автоматических действий, а также определить, в какой мере те или иные действия были реакцией на окружающее или возникло спонтанное нарастающее возбуждение, приводившее к двигательным разрядам.

Исключительным состояниям, несмотря на их чрезвычайную остроту, как и другим психотическим расстройствам, присущи определенные закономерности течения и исхода. При распознавании этих форм необходимо рассмотреть последовательность появления признаков, кажущихся болезненными. Сопоставление отдельных свидетельских показаний позволяет воспроизвести по этапам состояние обследуемого в момент совершения общественно опасных действий, а также особенности выхода из этого состояния. Особую диагностическую важность представляют факты, говорящие об истощении: слабость, разбитость, сонливость, протрация (при патологическом аффекте), а также о внезапном полном пробуждении с адекватной реакцией на случившееся (просоночное состояние).

Исключительные состояния возникают в результате совпадения множества патогенных факторов, но патогенетические мо-

<sup>1</sup> Введенский И. Н. Проблема исключительных состояний в судебно-психиатрической клинике//Проблемы судебной психиатрии, 1947, вып. 6, с. 338.

менты не определяют диагноз. Только совокупность признаков как целостная клиническая картина той или иной формы исключительного состояния, специфические закономерности их проявления, развития и течения становятся основанием для соответствующего диагноза. Один или несколько признаков, взятых изолированно, в отрыве от психопатологической картины в целом, не могут указывать на психотическое состояние.

В некоторых случаях ошибочной диагностики исключительного состояния клинический анализ подменяется психологическим, что неизбежно приводит к субъективному толкованию отдельных изолированных признаков. В качестве основных доказательств исключительного состояния приводятся такие сугубо психологические аргументы, как необычность преступления, чуждость личности обследуемого и немотивированность действий. Указанные признаки не имеют диагностической ценности, поскольку приведенные аргументы сами по себе не доказывают психотическую природу состояния, особенно при алкогольной интоксикации или душевном волнении. В частности, опьянение или душевное волнение может сопровождаться немотивированными действиями. Кроме того, истинные мотивы действий могут быть и не раскрыты, что создает превратное впечатление немотивированности.

Д. Р. Луниц (1955), изучая случаи ошибочной диагностики исключительных состояний, показал, что, как правило, причиной ошибок является подмена клинического анализа субъективно-психологическими толкованиями мотивов и характера преступления. Единственно объективными критериями диагностики исключительных состояний служат клинические признаки, отражающие их психотическую сущность.

### Судебно-психиатрическая оценка

Лица, совершившие общественно опасные действия в исключительном состоянии, признаются невменяемыми, так как они по своему психическому состоянию в тот период не могли отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. При этом эксперты должны опираться в своем заключении на понятие о «временном расстройстве душевной деятельности» медицинского критерия невменяемости (ч. 1 ст. 11 УК РСФСР).

Вопрос о применении принудительных мер медицинского характера к лицам, перенесшим исключительные состояния, сложен и требует индивидуального подхода. Перед экспертами такие лица обычно предстают вполне психически здоровыми, и по формальным соображениям некоторые эксперты не видят необходимости направлять их на принудительное лечение в психиатрические больницы, тем более что в суде родственники обвиняемых и адвокаты обычно активно протестуют против этого. Однако в некоторых случаях отказ от принудительных мер медицинского характера становится принципиально неправиль-



ным как с социальной, так и с медицинской точки зрения. Исключительные состояния — явление относительно редкое, но никогда нельзя исключить его повторение у одного и того же лица в течение жизни. Такие случаи в психиатрической литературе описаны.

Имеются и прямые психиатрические показания к лечению таких лиц, так как в большинстве случаев у них есть признаки органического поражения головного мозга, аномалии конституции с заострением личностных особенностей, склонность к ситуационным психогенным реакциям и пьянству. С целью профилактики повторных общественно опасных действий рекомендуется направление таких лиц на принудительное лечение в психиатрические больницы общего типа. При отсутствии патологической почвы и склонности к употреблению алкогольных напитков возможно лечение в психиатрических больницах на общих основаниях или под наблюдением районного психиатра.

## Глава 25

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Подростковая психиатрия в настоящее время приобретает все большую автономию, но пока находится в процессе становления, многие ее теоретические и организационные вопросы окончательно не решены. Выделение данного раздела психиатрии продиктовано насущными потребностями практики (социально-педагогические проблемы подростково-юношеского возраста) и обосновано теоретическими и клиническими разработками. Подростковая психиатрия изучает специфику психических расстройств в период пубертата (третий возрастной криз, по Г. Е. Сухаревой, 1959). Этот период, согласно современным исследованиям (физиология, биохимия, эндокринология), соответствует возрасту 12—18 лет.

Пубертатный криз является самым значительным и ответственным этапом онтогенеза. В это время происходит бурное половое и психическое созревание с психологической и эндокринной перестройкой организма. Клиника и патогенез психических расстройств в этот период отличаются специфическими закономерностями, в основе которых лежит очень интенсивное, но неравномерное созревание разных органов и систем, обуславливающее повышенную реактивность и хрупкость нервно-психической организации.

С юридической точки зрения лица моложе 18 лет в нашей стране считаются несовершеннолетними. Особое правовое положение несовершеннолетних закреплено в законодательном порядке (ст. 10 и 63 УК РСФСР, ст. 159 и 285, 391—402 УПК РСФСР, Положение о комиссиях по делам несовершеннолетних,

1967). Подростки 14—16 лет привлекаются к уголовной ответственности лишь за тяжкие преступления; лицам 16—18 лет могут быть инкриминированы все статьи УК, но при небольшой общественной опасности криминальных поступков к ним применяются не пенитенциарные, а принудительно-воспитательные меры в специальных воспитательно-трудовых учреждениях. Указанное правовое положение несовершеннолетних связано главным образом с их естественной возрастной психической и социальной незрелостью, определяющей недостаточность правовых знаний и умения ими пользоваться, незрелостью волевых функций и недостаточной сформированностью критических способностей.

Значение особенностей пубертатного периода для формирования психических расстройств в настоящее время раскрыто еще не полностью. Известно, что большое значение имеют темп и массивность кризовой симптоматики, длительность этого периода. В зависимости от этого выделяют ускоренное созревание, или акселерацию [Gessel A., 1924], и замедленное созревание, или ретардацию [Stutte H., 1960]. Однако наибольшее значение имеют асинхронии развития [Kretschmer E., 1954], при которых созревание дисгармонично, диссоциировано. Чем более выражена эта неравномерность, тем вероятнее участие криза в патогенезе психических расстройств.

Среди многочисленных попыток периодизации пубертатного периода наиболее адекватным представляется выделение «негативной» (12—15 лет) и «позитивной» (16—18 лет) фаз. Эта группировка четко делит пубертат на фазу дезорганизации психики, выраженной психической нестабильности, и фазу стабилизации, гармонизации на новом уровне. При психической патологии в зависимости от многих факторов, в том числе от нозологической формы заболевания, клиническая характеристика и длительность каждой фазы могут значительно изменяться. Например, при задержках развития негативная фаза, будучи пролонгированной, может захватывать не только весь период, соответствующий в норме позитивной фазе, но продолжаться и после 18 лет. Раннее и резкое выявление психологической кризовой симптоматики при длительном отсутствии тенденции к гармонизации психики обозначают как «хронический криз созревания». При патологической негативной фазе в позитивной значительно увеличивается вероятность антиобщественного поведения, совершения криминальных поступков. По-видимому, если период, наиболее важный для формирования адаптационных способностей, протекает искаженно, то легче возникает социальная инадаптированность (не нарушение, а отсутствие адаптации с самого начала).

Одна из основных особенностей психических расстройств в подростковом возрасте состоит в резком преобладании в клинической картине патологических проявлений, преимущественных для этого периода (своеобразные синдромальные характери-

ки и их сочетания, аффективные нарушения, утрированные проявления психологического криза созревания, возрастные реакции протеста, имитации, отказа, расстройства поведения и часто выраженная педагогическая запущенность), в то время как симптоматика, свойственная той или иной нозологической форме, обычно клинически не очерчена и психопатологически не завершена. В результате клиническая картина оказывается полиморфной и нозологически нейтральной. Кроме того, выраженные нарушения поведения могут полностью маскировать психические расстройства (так называемые поведенческие маски). Все это подтверждает слова П. Б. Ганнушкина (1964) о том, что диагностика психических расстройств в подростковом возрасте является одной из самых трудных проблем.

Правильное представление о клинике конкретных нозологических форм возможно лишь при условии изучения тех синдромальных характеристик, которые преимущественны для подросткового возраста, могут наблюдаться в рамках любого психического заболевания, т. е. являются изоморфными.

### **Подростковые психопатологические синдромы и их судебно-психиатрическое значение**

Синдром психического инфантилизма занимает особое положение не только потому, что встречается часто. Он в значительной мере определяет особенности клинической картины, характер и мотивацию общественно опасных действий, адаптационные и критические способности и поэтому может иметь значение для экспертной оценки. При определенных обстоятельствах психическая незрелость, присущая возрасту, может приобретать патологические формы. В зависимости от причинных факторов инфантилизм выявляется в разные возрастные периоды, что накладывает отпечаток на его клиническую характеристику.

Различают инфантилизм тотальный и парциальный. Последний. Г. Е. Сухарева (1959, 1974) обозначила как дисгармонический. Задержка развития может касаться только психики, но нередко затрагивает и соматическую сферу (психофизический инфантилизм). По происхождению выделяют инфантилизм конституциональный, органический, эндокринный, социокультуральный. Если психическая незрелость охватывает все сферы психики и особенно интеллект (органический инфантилизм), то ее очень трудно отграничить от олигофрении. Дифференциально-диагностические критерии разработаны Г. Е. Сухаревой (1974), М. С. Певзнер, Э. А. Буреловым (1980). В отличие от олигофрений для органического инфантилизма характерны большая живость, детский интерес к окружающему, отсутствие инертности, тугоподвижности психических процессов, активность в игровой деятельности с элементами творчества, фантазии, более дифференцированные привязанности, наличие потенциаль-

ных интеллектуальных возможностей, способность к использованию помощи и к переносу усвоенного на новый материал.

При пубертатном кризе интеллектуальная незрелость органического происхождения становится более парциальной, сочетается с усиленной в это время психоорганической симптоматикой, аффективными колебаниями и возрастными реакциями. Интеллектуальная незрелость при этом проявляется в недостаточной способности к обдумыванию, внутренней переработке событий, в импульсивности решений без борьбы мотивов, неспособности к прогнозированию своих поступков. Даже при формальном понимании наказуемости тех или иных действий и знании узаконенных норм поведения способность критически оценивать конкретную ситуацию и поступать в соответствии с этим оказывается недостаточной. Незрелость волевых функций и, в частности, повышенная внушаемость увеличивают риск случайных решений, продиктованных сиюминутными желаниями.

При пубертатном кризе психический инфантилизм выступает в виде 2 вариантов: 1) инфантилизм обнаруживается с детства, а в период пубертата проявляется как этап возрастной динамики; 2) инфантилизм выявляется в период пубертата в результате асинхронного протекания психобиологического созревания. Это «кризовый» вариант. Если в первом варианте преобладают черты детскости, то второй характеризуется длительным сохранением особенностей подростковой психики. В его структуре преобладают гротескное заострение черт и тенденций младшего подросткового возраста с оппозиционностью и критицизмом, снижение способности к социально одобряемой деятельности при отчетливой склонности к обогащению отрицательным опытом, стремление к ювенильному самоутверждению, задержка в формировании чувства долга, ответственности, критической самооценки. Этот вариант инфантилизма особенно тесно коррелирует с нарушениями поведения и адаптации.

Среди форм инфантилизма, обусловленного социопсихологическими факторами, известны описания «инфантилизованного характера» и «синдрома единственного ребенка», в основе которых лежат неправильное воспитание по типу «кумира семьи» и гиперопека [Гиндикин В. Я., 1961], а также явления госпитализма [Hoff H., 1956], возникающие у подростков в условиях депривации. В этих случаях отмечаются такие проявления незрелости, как несамостоятельность, неорганизованность, недостаточность практических навыков и инициативы, малая выносливость психических нагрузок, сохранение детских привязанностей и интересов, эгоцентризм, недостаточность социальной зрелости и адаптированности. Отдельные проявления психической незрелости возможны и при педагогической запущенности, но здесь они обычно не складываются в целостный синдром.

Знание клинических форм инфантилизма необходимо при решении вопроса о соответствии уровня психического развития

паспортному возрасту. Этот вопрос нередко ставится перед судебными психиатрами, если у подростка есть признаки задержанного развития, и в соответствии со ст. 78 УПК РСФСР назначается комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. При разработке показаний к назначению такой экспертизы следует учитывать, что самостоятельное судебно-психиатрическое значение могут иметь только такие формы инфантилизма, которые практически исчерпывают клиническую картину, а другие проявления психической аномальности или не выражены, или отсутствуют. Однако и в этих случаях, если психическая незрелость выражена настолько значительно, что исключает вменяемость, назначение комплексной экспертизы нецелесообразно [Печерникова Т. П. и др., 1980].

Показателями глубины психической незрелости (критерии невменяемости) являются: задержка созревания всех сфер психики, выраженная внушаемость и подражательность, слабость интеллектуального и волевого контроля, инфантильность мотивации, отсутствие борьбы мотивов при принятии решения, нарушение способности к прогнозированию, критике, неуправляемость поведения.

Синдром фантазирования тесно связан с психической незрелостью. Нозологически он неспецифичен, неоднороден по структуре, механизмам возникновения, клинической и возрастной динамике, может занимать центральное место в клинической картине или быть лишь ее компонентом. Возникая обычно по механизмам инфантильной психологической защиты, фантазирование нередко бывает псевдокомпенсаторным, отражая стремление подростка к самоутверждению, может возникать психогенно, по механизму «вытеснения» тяжелой ситуации, или без видимых причин, по механизму «замещения» реальной действительности, к которой угас интерес.

Необходимость изучения фантазирования связана с существованием его патологических форм и с возможностью криминальных действий под влиянием вымыслов. Склонность к фантазированию приобретает характер психопатологического феномена при наличии таких признаков, как сверхценное отношение к фантазиям, когда они становятся для подростка более значимыми, чем реальные события, готовность к перевоплощению в вымышленные образы, оторванность от реальности, гипер- и псевдокомпенсаторные механизмы фантазирования, появление признаков навязчивости или насильственности, связь нарушений поведения с содержанием вымыслов.

Независимо от нозологии патологическое фантазирование при неблагоприятной динамике характеризуется (критерии невменяемости) постепенным сужением диапазона фантазий и переходом их от истерических форм к шизоидному полюсу, т. е. тенденцией к постепенному усложнению фабулы со все большим отрывом от реальности, появлением аутистических фантазий с монотематическим или стереотипным содержанием, уменьше-

нием произвольности возникновения фантазий, присоединением визуализации зрительных представлений, галлюцинаций воображения E. Dürge и псевдогаллюцинаций, возможностью трансформации в бред воображения, непрерывным характером фантазирования, появлением стойких агрессивных и садистских фантазий со сверхценными идеями убийства, реализацией вымыслов в повторных криминальных действиях, нарастанием изменений личности по шизофреническому или органическому типу. Наиболее тяжелые формы с трансформацией в синдром Кандинского — Клерамбо наблюдаются при шизофрении. Фантазирование у больных шизофренией в отличие от других заболеваний очень быстро становится патологическим.

Одним из вариантов психогенного фантазирования у подростков является «инфантильная фантастическая мания» [van Kreveken D. A., 1962]. Она проявляется в нелепых фантазиях с элементами конфабуляций на фоне экзальтированного настроения и выраженной переоценки своих возможностей. В отличие от бредоподобных фантазий K. Wigbaum здесь далеко не всегда бывает калейдоскопическая смена фабул.

Психопатологические синдромы, характерные для пубертатного периода, редко встречаются в изолированном виде. Они часто сочетаются, взаимозависимы. Эта закономерность наиболее наглядна при синдроме сверхценных образований, который, как правило, сочетается с другими подростковыми синдромами (сверхценное фантазирование, сверхценное стремление к самоутверждению и др.).

Сверхценные образования — такие субъективно значимые и чрезвычайно аффективно заряженные суждения или переживания, которые занимают незаконно большое место в психике и нередко определяют поступки. В отличие от структуры сверхценных образований у взрослых в подростковом возрасте отсутствуют строго аргументированная идея, детальная разработка фабулы, ведущее значение приобретают эмоции. При особых обстоятельствах сверхценные переживания могут возникать у здоровых подростков, но чаще они развиваются на патологической почве. В судебно-психиатрической клинике наиболее часто встречаются сверхценное фантазирование, стремление к самоутверждению, сверхценные неприязнь и привязанности, сверхценные идеи мести у эпилептоидов и страх мести у подростков, переживших реальную угрозу для жизни, идеи чужих родителей и сиротства, сверхценные увлечения, идеи убийства, дисморфофобии, идеи неполноценности и переоценки своих возможностей и т. д. Важными особенностями сверхценных образований в подростковом возрасте являются частота сочетаний разных вариантов и выраженная тенденция к их реализации (убийства, повторные поджоги, угоны транспортных средств и пр.).

В зависимости от нозологической принадлежности структура и динамика сверхценных переживаний имеют свои особен-

ности. При пограничных состояниях формирование сверхценных образований обычно начинается в негативной фазе пубертата и проходит 3 этапа: 1) этап осмысливания и внутренней переработки травмирующей ситуации; 2) этап формирования самой сверхценной идеи; 3) этап каких-либо действий под влиянием сверхценной идеи. При психогенных реакциях сверхценные переживания теряют свою актуальность после разрешения ситуации. При психогенных развитиях личности сохранение травмирующей ситуации обуславливает включение механизмов патологического самодвижения [Кербинов О. В., 1963], в связи с чем динамика сверхценных образований может приобретать своеобразную автономию.

При шизофрении сверхценные образования возникают часто аутохтонно еще в допубертатном периоде, быстро становятся патологическими, отличаются стойкостью, малой психологической адекватностью, тенденцией к трансформации в сверхценный бред [Морозов Г. В., 1977].

Гебоидный синдром характеризуется карикатурным заострением и патологическим искажением психологических особенностей, свойственных подростковому возрасту [Пантелева Г. А., 1979; Kahlbaum K., 1884; Kretschmer W., 1972, и др.]. Клинически это выражается в расторможенности или извращенности влечений, ослаблении нравственных установок, своеобразном эмоциональном притуплении со снижением высших эмоций (жалость, сопереживание), в появлении холодности, жестокости, садистских наклонностей, оппозиционности, эгоцентризма. Отмечается также стремление к лидерству при утрате интереса к продуктивной или общественно полезной деятельности. Следствием этого оказываются асоциальная направленность интересов, повышенная криминогенность, жестокость правонарушений. В структуру гебоидного синдрома часто включаются сверхценные образования и аутистическое фантазирование агрессивного содержания, спонтанные расстройства настроения, склонность к brutальным аффективным реакциям. Гебоидной юношеской шизофрении, при которой чаще всего возникает этот синдром, свойственны также дисфорические, ипохондрические и сенестопатические депрессии [Наджаров Р. А., 1983], рудиментарные нарушения мышления, чередование злобности и нелепого шутовства и пр.

Гебоидный синдром нередко наблюдается и при резидуально-органических состояниях. В виде неполного набора признаков он бывает при психопатиях на пубертатном этапе их формирования. Обычно гебоидный синдром относят к психопатоподобным, но аналога среди известных клинических вариантов психопатий он не имеет. Гебоидный синдром значительно сложнее других психопатоподобных синдромов.

Синдром пубертатной астении или временной юношеской психической несостоятельности бывает наиболее выражен на высоте пубертатного криза (14—15 лет), но может

продолжаться весь период криза или протекать волнообразно, по типу фаз. Синдром представлен значительным снижением побуждений, повышенной истощаемостью, падением интеллектуальной продуктивности, вялостью, раздражительной слабостью, головной болью и нарушениями сна. Подростки в это время выглядят и чувствуют себя поглупевшими, неполноценными. На этом фоне, часто под влиянием незначительных психогенных, соматогенных вредностей, могут возникать очерченные астенопатические или астенодепрессивные состояния, трудно отличимые от негативных изменений по шизофреническому типу (сходство с редукцией энергетического потенциала, по К. Congad, 1958). Значение этого синдрома состоит еще и в том, что на фоне астении облегчается возникновение других психопатологических проявлений, типичных для подросткового возраста.

Особенности поведения в подростковом возрасте следует анализировать не только с точки зрения трудностей содержания несовершеннолетних в закрытых учреждениях, но и для правильной клинической, диагностической и экспертной квалификации психического состояния в целом. Формы нарушенного поведения разнообразны, но тесно зависят от выраженности и особенностей психической незрелости, типа искаженного психологического криза созревания, содержания ведущего синдрома. Частота и массивность нарушений поведения обуславливают характерность для подросткового возраста психопатоподобного оформления клинической картины. Иногда нарушения поведения теряют психологическую понятность, становятся устойчивыми, гротескными, не поддающимися коррекции и отражают значительную психическую дезорганизацию. В таких случаях нарушенное поведение может быть эквивалентом замаскированных им психических расстройств.

Приведенные далеко не полные данные свидетельствуют о большом своеобразии психической патологии в подростковом возрасте.

Необходимо остановиться еще на одном важном вопросе. Как уже отмечалось, в период пубертатного криза психические заболевания, начавшиеся в детстве, обычно усложняются и утяжеляются. В части случаев наблюдается такое резкое выявление психической патологии, что по сравнению с допубертатным периодом можно говорить и о количественном, и о качественном скачке [Ковалев В. В., 1979]. Такие болезненные состояния, если они возникают в рамках известных нозологических форм, квалифицируются как «пубертатные декомпенсации», «дезинтеграции», «неблагоприятная динамика заболевания в период пубертатного криза» и т. д. Иногда патологический пубертатный криз возникает на фоне ранней минимальной мозговой дисфункции, но клинически не укладывается в рамки какой-либо нозологической формы, существует как бы автономно, и нивелируется после завершения периода созревания.



Рассмотрение патологического пубертатного криза как относительно самостоятельного болезненного расстройства психической деятельности имеет существенное значение для экспертной оценки. Такое состояние должно квалифицироваться как временное болезненное расстройство психической деятельности. Для его диагностики необходимы дисгармоническая асинхрония созревания и типичные для этого периода синдромальные характеристики, хронологическое соответствие начала и редукции психопатологических проявлений периоду психоэндокринного и соматоэндокринного метаморфоза, отсутствие истинной прогрессивности и нарастания изменений психики по шизофреническому или органическому типу. Следует отметить, что при асинхронном пубертатном периоде нередко бывают проявления психоэндокринного синдрома [Bleuler M., 1948], не всегда отличимого от психоорганического. Психоэндокринный синдром обуславливает преходящие соматовегетативные нарушения (юношеская гипертония, преходящая альбуминурия, обмороки, головокружения, пароксизмы тахикардии, сенестопатии, парестезии, ощущение нехватки воздуха, расстройства терморегуляции, усиление аппетита и жажды и пр.).

#### **Возрастные особенности клиники и судебно-психиатрическая оценка отдельных нозологических форм**

Психиатры-эксперты чаще наблюдают ранние резидуально-органические состояния, затем психопатии, шизофрению, олигофрению, реактивные состояния, инфантилизм и реже других — эпилепсию в подростково-юношеском возрасте.

**Психопатии.** Для правильной диагностики психических расстройств в подростковом возрасте особое значение приобретает изучение психопатий в связи с частотой психопатоподобного оформления практически любого психического заболевания. Основу психопатии составляют стойкие личностные нарушения, формирующиеся с детства и обычно заканчивающие свое становление к концу пубертатного периода. В это время еще нет четкой клинической структуры психопатий, а патохарактерологические особенности представлены в виде подвижной мозаики [Ганнушкин П. Б., 1933]. Вместе с тем если присоединяется массивная кризовая симптоматика, то могут возникать очерченные патологические картины и нередко складывается впечатление о сформированной психопатии. Становление психопатий в детском и подростковом возрасте подчинено определенным закономерностям и проходит 3 этапа (начальных проявлений, структурирования, завершения формирования), возрастные границы и клинические характеристики которых зависят от генетической группы (ядерная, органическая и краевая, по О. В. Кербинову, 1961) и клинических вариантов<sup>1</sup>. Среди последних наиболее

<sup>1</sup> Подробнее о закономерностях становления психопатий см. в кн.: В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М., 1980. — 271 с.

часто встречаются возбудимые и истерические психопатии, далее следуют неустойчивые, мозаичные, шизоидные, тормозимые (астенические) и психастенические. Все эти варианты психопатий представлены в каждой генетической группе. Следует обратить внимание, что в период пубертатного криза преобладают мозаичные личностные структуры, но не как окончательный вариант психопатий, а как этап их становления. Парциальная психическая незрелость является почти обязательным компонентом при формирующихся психопатиях, но наиболее отчетливо представлена у истероидов и неустойчивых.

Необходима четкая дифференциальная диагностика психопатий в подростковом возрасте с психопатоподобными состояниями разного генеза. Не меньшее значение имеет отграничение психопатий от явлений педагогической и социальной запущенности, нередко оформляющейся в период пубертата так же, как психопатоподобные состояния. Адаптация «запущенных» подростков нарушена не по болезненным механизмам и не ко всякой социальной среде, а лишь к той, которая предъявляет к ним определенные требования. Отмечается избирательность форм поведения. В своей микрогруппе такие подростки имеют стойкие привязанности, оставаясь с родителями и педагогами нередко грубыми, циничными и даже агрессивными. В отличие от психопатических подростков «запущенные» хорошо учитывают внешние обстоятельства, в своей среде они активны, инициативны, общительны и не бывают «одиночками». У них нет склонности к невротическим образованиям, немотивированным расстройствам настроения, декомпенсациям, а также не удается проследить становления патологических свойств личности и последующей клинической динамики.

Констатация психопатии у подростка еще не дает основания для заключения о неменяемости. Психопатические особенности затрудняют регуляцию поведения, но обычно не исключают ее полностью. Невменяемыми признаются только подростки с глубокими изменениями личности: выраженной психической незрелостью, резко очерченной дисгармоничностью психики, некорригируемостью поведения, тотальной дезадаптацией и практической беспомощностью, стойкой склонностью к спонтанным утяжелениям психопатической симптоматики, к частым психопатическим декомпенсациям, а также патологическим характером кризовой симптоматики и недостаточностью критических способностей. Такая глубина психопатии исключает возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

**Органические поражения головного мозга** в судебно-психиатрической клинике представлены в основном ранними резидуально-органическими состояниями сложного генеза (инфекции, травмы). Текущие органические заболевания встречаются очень редко (ревматические процессы, арахноидиты разного происхождения). Внутриутробные, натальные, перинатальные и постнатальные повреждения развивающегося мозга обычно сопро-

вождаются общей или частичной задержкой развития (так называемый органический дизонтогенез) и появлением органического дефекта разной выраженности. Клиника резидуально-органических состояний в подростковом возрасте разнообразна, но наиболее часто встречаются органические психопатии (см. выше) и психопатоподобные состояния. Первые являются следствием таких легких органических поражений, которые обуславливают лишь аномалию развития, вторые — результат более тяжелых поражений, приводящих к органическому дефекту. В части случаев перенесенные в раннем детстве органические вредности в дальнейшем не проявляются в каких-либо отчетливых клинических симптомах, но способствуют патологическому протеканию пубертатного криза.

При психопатоподобных состояниях органический дефект чаще состоит в нерезкой задержке умственного развития, некотором снижении памяти, внимания, побуждений, моторном беспокойстве, обедненности высших эмоций, склонности к брутальным, аффективным и импульсивным реакциям, в расстройствах настроения по типу дисфорий и патологии влечений (дромомания, пиромания, сексуальная расторможенность, половые извращения). Последние чаще, чем при психопатиях, бывают неодолимыми. Нередкими симптомами являются стойкий энурез, частая головная боль, головокружения, обмороки, склонность к судорогам, непереносимость духоты, езды в транспорте. Как правило, также бывают очаговая или рассеянная неврологическая симптоматика, диффузные изменения на ЭЭГ.

**Психогенные расстройства.** Клиническая картина психогенных реакций у подростков значительно элементарнее, чем у взрослых. Острые реактивные психозы редки, как редки и выраженные патологические реакции на судебную ситуацию, что, по-видимому, связано с социальной незрелостью, недостаточно глубоким осмысливанием таких сложных ситуаций, как арест, социальная изоляция.

Аффективные расстройства, которые занимают основное место в клинической картине психогенных реакций, очень часто завуалированы. В детском возрасте преобладают соматизированные депрессии («соматические маски»), в раннем подростковом возрасте — «поведенческие маски», а на высоте пубертатного криза (14—15 лет) бывает резкое усугубление пубертатной астении с аспонтанностью, психической истощаемостью, падением интеллектуальной продуктивности, аффективной монотонностью и др. В этот период вновь возникает тенденция к соматизированию депрессий, но в иной форме, чем в детстве, обычно с психоэндокринными и вегетососудистыми нарушениями.

Психогенные аффективные расстройства в период пубертатного криза обычно имеют форму астенических и дисфорических депрессий. Характерность неглубокого уровня депрессий, по-видимому, и определяет частоту маскирующих поведенческих нарушений. Если преобладают астенические симптомы, то пове-

дение подростков характеризуется ослаблением психомоторной активности, замкнутостью, реакциями пассивного протеста, отказа, раздражительной слабостью, реализацией гиперкомпенсаторных фантазий и ситуационных сверхценных образований. В случаях дисфорической депрессии отмечаются повышенная возбудимость, склонность к реакциям активного протеста, негативизма, импульсивным поступкам с разрушительными действиями, агрессией и аутоагрессией.

Значительное своеобразие представляют психогенные состояния, возникающие у подростков в ответ на пролонгированную психотравмирующую ситуацию. В этих случаях на фоне депрессии истощения появляются признаки психогенного развития личности с комплексом сверхценных образований (идеи собственной ущербности, сиротства, овладевающие переживания неприязни, ненависти, мести в отношении лиц, поведение которых подросток считает причиной своих несчастий), появлением или усугублением личностной аномальности, частотой формирования сенситивной шизоидности, нарастанием астении и тревожной депрессии. Все эти явления разворачиваются постепенно, исподволь, долго оставаясь незаметными для окружающих. Очередной конфликт может привести к острой аффективной реакции по типу «короткого замыкания», во время которой совершаются агрессивные действия.

Обследуемый П., 16 лет, обвиняется в убийстве отца. Психомоторное развитие в детстве своевременное. Отец страдал алкоголизмом, был депотичным, в состоянии опьянения становился злобным, агрессивным, систематически избивал жену и детей, выгонял их на улицу (даже ночью и зимой), угрожал убийством. Мать — подчиняемая, слабовольная, зависимая, последние годы также злоупотребляла алкоголем и воспитанием детей не занималась. П. с детства был тихим, спокойным, покладистым. До поступления в школу боялся темноты. В школу поступил своевременно, обнаружил хорошие способности. Одноклассники характеризуют его как скромного, застенчивого, чуткого, доброго, мягкого, выдержанного, отзывчивого. Увлекался художественной литературой, спортом, был физоргом класса. Закончил 8 классов общеобразовательной школы, учился на 3-м курсе ПТУ при меланжевом комбинате, был отличником, проявил большое трудолюбие.

Согласно объективным данным, в семье П. были постоянные ссоры и драки, «родители потеряли человеческий облик», «у П. не было детства, за последние 6 лет он ни одной ночи не спал спокойно», «отец избивал его без всяких причин ремнем и резиновым шлангом». П. стал осознавать ситуацию в дошкольном возрасте. Во время конфликтов испытывал острый страх, убегал, прятался, позже мечтал скорее вырасти, чтобы защитить себя и мать. После незаслуженного наказания фантазировал, представлял себя умершим, а отца расквашивающимся. Когда отец бывал трезвым, сын прощал ему все обиды, но светлые периоды становились все реже.

Приблизительно с 8—9 лет после тяжелых семейных сцен мечтал о том, чтобы отец исчез, погиб в результате несчастного случая. Постепенно все более стыдился родителей, стал замкнутым. Во время «пьяного буйства» отца у П. возникала отчетливая ненависть к нему, нарастали эмоциональное напряжение, страх, злоба. После конфликта долго не мог успокоиться, заснуть, испытывая тревогу, «смертельную усталость», мечтал о другой жизни. Сон стал тревожным, с пробуждениями и кошмарными сновидениями. Утром просыпался вялым, подавленным, с тяжестью на сердце и нежеланием что-либо делать. Ненависть к отцу резко усилилась после того, как мать стала пьянствовать. С этого периода все более отчетливым становилось чувство

безысходности, считал отца виновным в том, что мать «теряет человеческий облик». Подавленное настроение и переживания, связанные с поведением отца, «преследовали» П. повсюду, не оставляли даже во время занятий в училище.

Последний год питался нерегулярно, так как мать не готовила пищу, недосыпал, чувствовал переутомление, беспомощность, настроение было тоскливым. Все чаще после конфликтов стала возникать мысль избавиться себя и семью от отца.

09.03.84 г. с утра родители П. распивали спиртные напитки и скандалили. Около 15 ч он ушел из дома и гулял на улице, стараясь избавиться от нервного напряжения. Вернулся домой в 21 ч. Соседи слышали, как родители кричали, ругали сына (оба в это время находились в состоянии тяжелого опьянения). Отец ударил П. рукой по шее, сын заломил ему руки назад. На крик матери пришел сосед и, увидев, что драки нет, ушел. После этого мать легла спать и сразу услышала удары

Глухие удары слышали и соседи. Когда они вошли, то увидели, что П. стоит ногами на голове отца и «топчет, топчет лицо». «Он был как безумный, полный яростной злобы, глаза огромные, ничего невидящие», не понимал обращенных к нему вопросов. П. пытались несколько раз оттащить от отца, но он «все злобно рвался к нему и вновь начинал топтать его лицо». Его повторно выводили на лестницу, убеждали, что отец мертв, но П. продолжал рваться к отцу, топтал его с остервенением. «Лицо П. ничего не выражало, взгляд был пустой и безразличный». В таком состоянии П. пытался выброситься из окна 5-го этажа, но был удержан. В 21 ч 25 мин были вызваны сотрудники милиции. До их прихода П. сидел на лестничной площадке, весь дрожал, повторял «мало ему», не сожалел о случившемся.

Пока шел осмотр места происшествия, П. сидел в автомашине молча и только просил дать ему закурить. В отделении милиции он молчал около 2 ч. Из показаний П., данных им в дальнейшем (после сна), выяснилось, что после того, как отец его ударил, «ярость захлестнула сознание», мысль была сосредоточена только на «необходимости избавиться от отца». Ситуацию убийства помнил лишь частично, сообщал об этих событиях непоследовательно, фрагментарно. Высказывал убежденность, что убийство все равно произошло бы — «не тогда, так потом». Ни сожаления, ни раскаяния не обнаруживал как сразу после убийства, так и много позже, во время стационарного обследования.

Заключение: в период общественно опасного действия П. находился в состоянии острой аффективной реакции с нарушением сознания по типу сумеречного. Психотической реакции предшествовало психогенное развитие личности Невменяем. Подлежит направлению на принудительное лечение в больницу общего типа.

Особого внимания заслуживает клиническое оформление депрессий, наблюдающихся у подростков в судебно-психиатрическом стационаре. Наряду с клинически очерченными состояниями [Наталевич Э. С., Посохова В. И., 1982, и др.] часто приходится видеть такие маскированные депрессии, которые обнаруживаются только по эффекту от антидепрессантов. В этих случаях обращает на себя внимание скудость жалоб, которые ограничиваются высказываниями о частичной бессоннице, головной боли или соматическом недомогании. Жалоб на тоску, тревогу, подавленное настроение эти подростки не высказывают, а в части случаев даже отрицают указанные симптомы. Отмечаются некоторая вялость, гипомимичность, ослабление интересов. Их поведение резко различается дома и в стационаре. Подростки с грубо нарушенным поведением до привлечения к ответственности становятся в дальнейшем тихими, незаметными. Это особенно отчетливо проявляется в тех случаях, когда в пре-

морбиде имелась выраженная личностная аномальность (психопатии, вялотекущая шизофрения, последствия ранних органических поражений мозга), которая в психотравмирующей ситуации как бы смывается, нивелируется, возникает стереотипизация облика, и подростки производят впечатление только тормозимых или замкнутых. В период выхода из таких реактивных состояний можно видеть резкое выявление психопатоподобных и возрастных реакций.

Несмотря на скудную клиническую картину, в психологическом эксперименте часто обнаруживается значительная дезорганизация психики вплоть до изменений, свойственных олигофрении и шизофрении. При повторных психологических обследованиях такие нарушения обычно оказываются преходящими. Это свидетельствует, с одной стороны, об их функциональной природе, а с другой — об особенностях психогенной дезорганизации психики, в частности о несоответствии между малой внешней выраженностью и значительностью действительных нарушений психического функционирования.

Особенности клинических проявлений и резкое несоответствие данным психологического эксперимента ставят также вопрос о том, что формы психогенной дезорганизации психики в подростково-юношеском возрасте не отличаются разнообразием в связи с ограниченными возрастными ресурсами личности и лишены нозологической специфичности. Развернутые психозы, возникающие у подростков в судебной ситуации и клинически оформляющиеся как психогенные, нередко оказываются (при длительном прослеживании) психогенной манифестацией шизофрении.

**Шизофрения.** Распознавание шизофрении у подростков представляет очень большие трудности. При частом психопатоподобном оформлении клинической картины иногда лишь отдельные симптомы заставляют заподозрить шизофренический процесс. В некоторых случаях обращают на себя внимание безмотивность, импульсивность правонарушений («инициальный деликт», по J. Stransky), отсутствие адекватной реакции на совершенное или нелепая мотивация своих поступков, хотя нередко при ближайшем рассмотрении это получает понятное объяснение. Поскольку шизофрения часто начинается в детском возрасте, при изучении анамнеза подростка следует обращать внимание на диффузные безмотивные и беспредметные страхи в прошлом, ранние беспричинные расстройства настроения с преобладанием тревоги или вялости, безразличия к окружающему (залеживается в постели, не причесывается, не умывается, отказывается от пищи и др.), а также на проявления холодности и неприязни к родителям с убеждением, что они неродные, мало мотивированные изменения поведения с исчезновением интереса к учебе, прежним увлечениям, возникновением не свойственных ранее склонностей, совершением неожиданных поступков.

Появление эмоциональной неадекватности, вспышек чрез-

мерного интереса к чему-либо со сверхценным отношением, склонность к непонятым интерпретациям должны стать поводом для более глубокого изучения состояния подростка. В пубертатном периоде при шизофрении наблюдаются резкое заострение возрастных особенностей и усиление патологической замкнутости. Аффективные реакции становятся более разнообразными и несоответствующими поводу. Идеи иных родителей, иного происхождения отчетливо становятся сверхценными и легко трансформируются в бред.

Наращение указанных выше явлений, а также склонности к нелепым абстрактным построениям с оторванностью от реальности, учащение приступов вялости и безразличия, упорный отказ от учебы, приобретения профессии, неспособность к какой-либо продуктивной деятельности, безмотивное и длительное бродяжничество, резкое усиление негативизма, внушаемости, постепенная стереотипизация облика подростка вместо расцветания «индивидуальности» отличают психопатоподобную шизофрению у подростков от формирующихся психопатий.

**Олигофрении** имеют существенное значение в судебно-психиатрической клинике подросткового возраста, поскольку объединяют состояния психического недоразвития, различные по этиологии, патогенезу и клинической картине. У таких подростков определяются врожденная интеллектуальная недостаточность и отсутствие прогрессивности заболевания. В практике экспертизы несовершеннолетних в основном встречается олигофрения в степени дебильности. Чаще такие больные бывают пассивными правонарушителями, их используют для своих целей либо взрослые, либо старшие подростки.

При судебно-психиатрической экспертизе подростков, страдающих олигофренией, необходимо учитывать не только глубину интеллектуального дефекта (дебильный подросток, зная общеизвестные законодательные нормы, часто не понимает более сложных ситуаций: нельзя воровать, но можно спрятать украденное другими, и т. д.), но и состояние эмоционально-волевой сферы. При этом показателями невменяемости являются снижение интеллекта, повышенная внушаемость, неспособность соизмерять и корректировать свои аффективные побуждения и поведение, неумение ориентироваться в конкретной ситуации и адаптироваться в ней, нецеленаправленность в поступках. Состояние критических способностей является важнейшим критерием глубины олигофрении. Судебно-психиатрическая квалификация этих состояний, как и органических поражений и психопатий, связана с определением степени изменения психики.

**Алкоголизм** занимает особое место при экспертизе несовершеннолетних. Его значение определяется прежде всего тем, что каждый четвертый поступивший на экспертизу подросток совершает правонарушение в состоянии алкогольного опьянения. Сложившийся алкоголизм наблюдается редко, обычно речь идет о ранних стадиях его становления. Кроме того, лишь в от-

дельных случаях ранний алкоголизм возникает только по социальным механизмам. Как правило, он развивается на патологической почве, чаще в виде резидуально-органической недостаточности [Вандыш В. В., 1979]. Характерными особенностями алкоголизма в этих случаях являются быстрое формирование влечения к алкоголю, массивные и частые алкогольные эксцессы с приемом наркотических доз и ранним появлением амнестических форм опьянения, отсутствие интеллектуального и волевого контроля, чрезвычайно быстрое формирование алкоголизма (1—3 года) и типичных изменений личности. утяжеляющее влияние на клинику и динамику основного заболевания, облегчение реализации патологических переживаний в виде общественно опасных действий в состоянии алкогольного опьянения. Все это определяет важность знания юношеского алкоголизма и осложненных им форм психических расстройств. Кроме того, атипичность клинической картины алкоголизма у подростков, связанная с преобладанием его начальных стадий, патологической почвы, определяет особенности экспертного подхода при назначении ст. 62 УК РСФСР (принудительное лечение на начальных стадиях).

Для судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних исключительно важно иметь представление о клиническом содержании критериев невменяемости (см. главу 3), поскольку 98% обследуемых составляют подростки, находящиеся под следствием, а также в связи с тем, что в большинстве случаев вменяемость определяется по степени психических нарушений. Последнее обстоятельство определяет исключительное преобладание в практике экспертизы несовершеннолетних подростков с психическими нарушениями пограничного уровня. Следует отметить также редкость экспертизы подростков без каких-либо психических отклонений. Все это объясняет то обстоятельство, что среди несовершеннолетних, признанных вменяемыми, очень высок процент лиц с психической аномальностью. В связи со сказанным в местах лишения свободы (колония, СПТУ) наряду с обычным воспитательным режимом необходимо создание психиатрической службы, которая осуществляла бы и собственно медикаментозную терапию, и медико-педагогические мероприятия. Только комплексный подход может обеспечить профилактику повторных криминальных действий несовершеннолетних, которая была бы неполной без преемственности психиатрического наблюдения над подростками после их освобождения.

Первичная профилактика антисоциального поведения несовершеннолетних должна начинаться с самого детства и также осуществляться комплексно (педагогический, социальный и собственно медицинский аспекты). Основное значение имеют нормализация воспитания в семье, своевременное выявление и лечение психической аномальности, коррекция нарушений поведения, создание условий для обучения и трудоустройства.



## СИМУЛЯЦИЯ И ДИССИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

### Симуляция

Симуляция психического заболевания — сознательное, притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства в надежде избежать наказания.

По мере развития психиатрии взгляд на возможность симуляции психических заболеваний кардинально менялся. Если одни авторы [Говсеев А. А., 1894; Сербский В. П., 1900; Лещинский А. Л., Паперный Г. С., 1936; Бунеев А. Н., 1941; Осипов В. П., 1943; Laurent E. 1821; Tardieu A., 1864; Legrand du Saulle, 1864] признавали возможность симуляции, то другие считали, что симулировать психоз психически здоровые лица не могут, а сама по себе симуляция рассматривалась ими как признак психической неполноценности [Бруханский Н. П., 1923; Краснушкин Е. К., 1925; Schüle H., 1886; R. Krafft-Ebing, 1895; Краерелин Е., 1923; Jaspers K., 1923; Bumke O., 1929; Birnbaum K., 1933].

В соответствии с таким различием во взглядах авторы приводят и различные статистические данные о частоте симуляции. Так, например, один из сторонников мнения о редкости симуляции А. Vingtrinier из 45 000 освидетельствованных им обвиняемых установил симуляцию только у одного. Н. Schüle указывал, что в своей 15-летней практике он не встречал ни одного случая симуляции. В то же время L. Binswanger (1933), наблюдая в клинике Шарите 73 больных, у 21 обнаружил симуляцию; в клинике в Гейдельберге из 25 психически больных он выявил ее у 12, а по мнению P. Zacchias (1630), «ни одна болезнь не симулируется с такой легкостью и так часто, как помешательство».

Большой психиатрический опыт первой мировой войны внес определенную ясность в научное освещение проблемы симуляции и не только подтвердил возможность симуляции психозов психически здоровыми лицами, но и продемонстрировал ряд ее форм и способов, а также подтвердил возможность ее воспроизведения в эксперименте [Klieneberger O., 1921]. Установлена возможность симуляции и лицами с теми или иными психическими нарушениями, но отмечены особенности симулятивного поведения у психически здоровых и лиц с психическими аномалиями.

#### *Формы и способы симуляции*

В настоящее время в зависимости от хронологического фактора принято выделять превентивную, или предварительную симуляцию, т. е. симуляцию перед соверше-

нием преступления с целью создать впечатление, что преступление совершено в состоянии психического заболевания; и н т р а с и м у л я ц и ю — т. е. симуляцию, осуществляемую в момент совершения преступления для сокрытия его истинных мотивов; п о с т с и м у л я ц и ю, которая осуществляется после совершения правонарушения как защитное поведение с целью уклонения от ответственности. В судебно-психиатрической клинике наиболее часто наблюдается последний вариант.

Говоря о симуляции, чрезвычайно важно подчеркнуть преднамеренность и целевую заинтересованность симулирующего в изображении симптомов психического расстройства, чем симуляция принципиально отличается от обмана и лжи в обыденной жизни.

Существует ряд способов симуляции. Чаще всего неправильным, нелепым поведением и высказываниями пытаются имитировать болезненное расстройство психики. Иногда для того, чтобы усилить это впечатление, симулирующие принимают медикаменты, временно приводя себя в возбужденное состояние. В отдельных случаях обследуемые с целью симуляции сообщают ложные сведения о якобы перенесенном психическом заболевании, которого в действительности не было, вступают в сговор с близкими, знакомыми, запасаются фиктивными документами. Указанные способы симуляции могут сочетаться.

Среди симулирующих преобладают лица, совершившие правонарушения повторно [Краснушкин Е. К., 1925; Бунеев А. Н., 1941; Фелинская Н. И., Пелипас В. Е., 1975, и др.], что объясняется их большей осведомленностью о назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы.

**Истинная (чистая) симуляция** — сознательное изображение психической болезни психически здоровыми лицами — в судебно-психиатрической практике встречается относительно редко. В этих случаях наиболее часто преступники прибегают к симуляции анамнеза. Экспертная практика показывает, что вообще подэкспертные охотно патологизируют анамнез и сообщают о себе и родственниках неправдоподобные сведения, утверждая, например, что многие из них страдают душевными заболеваниями, покончили жизнь самоубийством и т. д. Учитывая сказанное, следует весьма осторожно оценивать не только субъективный анамнез, но и сведения, сообщаемые близкими. Известно немало случаев, когда подэкспертные вступали в сговор с родными в том, какие сведения следует сообщить при опросе врачу.

Выбор формы симуляции, в том числе и содержание ложного анамнеза, определяется распространенным в широких кругах населения представлением о психических заболеваниях, содержанием медицинской литературы и установками судебно-психиатрической экспертизы, а потому меняется со временем. В прошлом наиболее часто встречались указания на различного рода припадки в анамнезе. В настоящее время преобладают сообщения о якобы бывших ранее бредовых идеях, галлюцинациях

и т. п. Нередко симуляции анамнеза предшествует превентивная госпитализация в психиатрические больницы с целью получить медицинский документ, подтверждающий эти сведения. В других случаях лицо, ранее обращавшееся к психиатру с невротическими жалобами, расстройствами сна и пр., сообщает о себе ложные сведения с указаниями на голоса, бредовые идеи и др.

К этому же виду симуляции можно отнести случаи, когда ложная информация распространяется не на весь анамнез, а касается лишь периода преступления. Так, например, обследуемый, злоупотреблявший алкоголем и перенесший в прошлом алкогольный психоз, очень живо и красочно описывает болезненные переживания, которые соотносит с моментом противоправного действия. С этим связаны определенные судебно-психиатрические трудности.

Симуляция собственно психического расстройства обычно осуществляется путем изображения отдельных болезненных симптомов или синдромов и значительно реже в виде воспроизведения отдельной формы психического заболевания.

Поскольку симуляция является индивидуальным творчеством, выбор симулируемых патологических симптомов зависит в основном от знаний и опыта симулянта, его осведомленности в вопросах психиатрии, а иногда и от чисто случайных причин (реплика врача, советы обследуемых, находящихся на экспертизе, подражание больным и т. п.). Определенный отпечаток на симуляцию накладывает личность притворщика. Это обуславливает значительное разнообразие проявлений симуляции и отсутствие в ней каких-либо определенных закономерностей.

По материалам Института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского [Фелинская Н. И., Пелипас В. Е., 1975], подэкспертные чаще симулируют состояние с вялым монотонным поведением, подавленностью, невыразительной мимикой, установкой на недоступность, проявляющейся либо в форме мутизма или в жалобах на расстройство памяти, либо в нелепых ответах. Характерны двигательная заторможенность, отказ от еды со ссылками на опасение отравления, а также демонстративные суицидальные попытки. Часто на этом фоне симулируются галлюцинаторные расстройства, преимущественно зрительные, а иногда и слуховые и др. Обращает на себя внимание особая настойчивость симулятивных жалоб. В подтверждение якобы имеющихся расстройств обследуемые особенно охотно стремятся продемонстрировать их в присутствии врача. С этой целью они, чуть заметив за собой наблюдение, начинают разговаривать сами с собой, демонстративно обращаясь к персоналу с жалобами на мнимых преследователей, просят сделать соответствующие записи в журналах наблюдения или довести до сведения врача. При этом выражение лица симулирующего, как правило, остается спокойным, отсутствуют жестикация и мимика, столь свойственные истинно галлюцинирующим больным.

В отличие от больного с истинными галлюцинациями, ответы которого фрагментарны, разговор симулянта с мнимыми головами имеет вид отрывистого монолога; очень быстро его речевая продукция истощается. При настойчивом расспросе симулирующего об имеющихся у него «голосах» или «видениях» очень часто удается заметить его нерешительность, смущение, стремление избежать прямого ответа, прекратить разговор. Имея общее представление о галлюцинациях, симулянты не знают тонкостей, не могут уверенно и обстоятельно ответить на ряд конкретных вопросов.

Симулятивные «бредовые идеи», так же как и «галлюцинации», преподносятся симулирующими в стереотипной форме в виде заранее подготовленных формул. Как и при симуляции галлюцинаций, симулянт не может уточнить многих деталей и подробностей изображаемого явления, нередко аффективный фон и поведение совершенно не соответствуют симулируемому состоянию. Например, у симулянта, демонстрирующего идеи величия, преобладает подавленное настроение, он внимательно следит за производимым впечатлением, обдумывает ответы на вопросы и т. п.

Таким образом, хотя описываемые формы симуляции и напоминают картину психоза, но отличаются от него отсутствием целостности структуры галлюцинаторно-параноидного синдрома, изолированностью симулируемых симптомов, их застывшим, стереотипным характером, отсутствием аффективных нарушений (тревоги, страха), нередко сопровождающих бред и галлюцинации. Симулянт не учитывает также, что при истинном психозе все разнообразие бредовых идей и галлюцинаций объединено общим содержанием, нередко связанным с конкретными событиями и лицами.

Нередко встречаются симулятивные ссылки на провалы и нарушения памяти, распространяющиеся на все прошлое или на период, относящийся к инкриминируемым деяниям. Такие жалобы всегда преподносятся в чрезмерно демонстративной, утрированной форме. При их изображении обследуемые не могут избежать противоречий в поведении и высказываниях, нередко допускают промахи, что быстро вскрывает искусственность расстройств памяти.

В отдельных случаях, особенно когда речь идет об исключении временного болезненного расстройства психической деятельности, ссылки обследуемых на забывание периода правонарушения затрудняют решение экспертных вопросов и требуют дополнительных исследований.

Близко к данной форме симуляции стоит симуляция слабоумия. Здесь также на первый план выступает изображение расстройств памяти, но оно дополняется имитацией полного отсутствия каких-либо знаний и навыков. Такие симулянты нарочито нелепо отвечают на элементарные вопросы, грубо неправильно ведут себя при обследовании. Однако, как правило, у «ложных

слабоумных» всегда можно отметить диссоциацию между тем, что активно преподносится, и истинным положением дел. Симулирующий всегда собран и сосредоточен, его эмоциональные реакции отличаются злобной раздражительностью. При этой форме симуляции никогда не наблюдается благодушия и эйфории, свойственных больным с истинным слабоумием.

К симуляции в указанной форме чаще прибегают люди весьма ограниченные, с малым запасом знаний, по представлению которых психически больной — это ничего не знающий и ничего не понимающий человек с нелепым поведением.

В дифференциально-диагностическом плане эта форма симуляции особых трудностей не представляет, поскольку грубо утрированное, явно притворное слабоумие говорит само за себя. Касаясь большой сложности в изображении психопатологической картины слабоумия, уместно привести слова П. И. Ковалевского (1886), который указывал, что «требуется довольно много ума для того, чтобы казаться глупым». Однако, несмотря на эти очевидные трудности, описанный вид симуляции встречается в практике судебной психиатрии.

В противоположность имеющимся в литературе указаниям на легкость и простоту симуляции ступорозных состояний на материале Института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского ступор с полной обездвиженностью почти не наблюдается. Столь же редко симулирующие прибегают к имитации психомоторного возбуждения. Опыт показывает, что такие формы симулятивного поведения не имеют большого судебно-психиатрического значения, они кратковременные, так как требуют большого эмоционально-волевого напряжения, вызывают быстрое истощение и усталость.

Основываясь на трудности изображения таких форм психического расстройства, как депрессия, мания, состояния психомоторного возбуждения, многие исследователи [Говсеев А. А., 1894; Айхенвальд Л. И., 1929] относили их к «несимулируемым симптомам».

Экспертная практика показывает, что в последнее время симулятивная симптоматика усложняется, она становится более тонкой и клинически правдоподобной, что обуславливает известные судебно-психиатрические трудности. Так, возрастает число случаев симуляции с «бредовыми идеями», различными по структуре и содержанию. Чаще высказываются «идеи преследования», «воздействия» аппаратами, лучами лазера, гипнозом, утверждения о своем неизлечимом заболевании (рак). Нередко предъявляются идеи изобретательства. Обследуемые заявляют, что они многие годы занимаются «разработкой научных идей» или сделали «великое научное открытие». Одни «изобретают» новые технические аппараты, другие утверждают, что им известно, где скрыты сокровища, клады, предлагают свои методы лечения болезней или проекты искоренения преступности и т. п. Эти высказывания нередко сопровождаются соответствующими

щими схемами, рисунками, иногда зашифрованными. В таком «творчестве» симулянтов обнаруживается отчетливая связь с прошлым опытом личности, ее интересами, прочитанной литературой.

Весьма типичным в последние годы стало симулятивное поведение с жалобами на якобы имеющиеся аффективные расстройства (периоды депрессии, беспричинные колебания настроения), заявлениями о враждебном отношении к родителям, другим членам семьи, ссылками на увлечение религией, философией в подростковом и юношеском возрасте. Подобные высказывания врачи нередко ошибочно расценивали как «философическую интоксикацию» с вытекающими отсюда экспертными выводами. Однако, демонстрируя свою эмоциональную холодность, такие лица заявляют о безразличии к уголовному делу и в то же время внимательно наблюдают за производимым впечатлением, их мимика выявляет живой и напряженный аффект, тревожное ожидание и страх наказания. Обследуемые стремятся обратить внимание врачей на неправильности в своем поведении, упорно повторяют свои жалобы.

Симуляция целостной картины психического заболевания очень сложна, но иногда наблюдается в судебно-психиатрической практике. В этом плане можно сослаться на опубликованные описания случаев симуляции психического заболевания, сделанные Н. И. Фелинской (1941), О. Е. Фрейеровым (1946) и др. Общим для всех этих наблюдений является то, что собственно симуляции предшествует знакомство с клинической картиной той или иной формы психической болезни по учебникам, иногда проводится внимательное наблюдение за заведомо психически больными или организуется тщательный инструктаж «подготовленными» лицами. Так, например, обследуемый Ш. похитил тетради с записями больного шизофренией, которые впоследствии на судебно-психиатрической экспертизе выдал за свои. Однако при тщательном рассмотрении оказалось, что все мнимые симптомы болезни у Ш. застывшие, однообразные и при каждой новой беседе с врачом воспроизводятся почти зеркально.

В отличие от истинного психического заболевания картина мнимой болезни всегда статична, без закономерной динамики. Указанное обстоятельство особенно существенно в дифференциально-диагностическом плане.

В начале симуляции поведение симулирующих бывает изменчивым, так как они сталкиваются с рядом затруднений, меняют в зависимости от этого поведение, а также симулируемые симптомы. В дальнейшем поведение становится более постоянным и заученным. Продолжительность симуляции может быть весьма различной. В отдельных случаях симуляция удачной, легко воспроизводимой формы может продолжаться очень долго. Определенную роль при длительной симуляции играет наступающая автоматизация симулятивного поведения, при ко-

торой сознание притворства сохраняется, поведение управляется ведущим целевым представлением, но появляются привычные приемы с меньшей затратой психических и физических сил [Бунеев А. Н., 1941; Фелинская Н. И., 1947, и др.].

Симуляцию следует четко отграничивать от реактивных состояний [Морозов Г. В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И., 1970]. Иногда при длительной симуляции может ухудшаться физическое и психическое состояние в связи с трудностями симулятивного поведения, отказом от пищи, нанесением самоповреждений и др. На ослабленной соматической почве в последующем могут развиваться психогенные расстройства, которые необходимо разграничивать с симуляцией. Чаше симулирующие отказываются от притворного поведения и иногда откровенно признаются в нем.

**Симуляция, возникающая на патологической почве, может проявляться в сознательном и умышленном преувеличении симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни (аггравация); в так называемом сознательном продлении заболевания или целевом изображении уже исчезнувших психопатологических симптомов психической болезни (метасимуляция); в изображении психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (сюрсимуляция).**

Аггравация, по свидетельству большинства исследователей [Говсеев А. А., 1894; Бруханский Н. П., 1928; Лещинский А. Л., Паперный Г. С., 1936; Фелинская Н. И., Пелипас В. Е., 1975], чрезвычайно распространена в судебно-психиатрической клинике, с чем и связано ее большое практическое значение. Особенно часто аггравация встречается у лиц с различными органическими поражениями головного мозга, при олигофрении и проявляется в преувеличении интеллектуальной недостаточности, жалобах на резкое снижение памяти, неумение ориентироваться в житейской ситуации. Весьма характерно также предъявление различных ипохондрических жалоб — мало обоснованных, иногда нелепых.

В. П. Осипов (1929), О. Е. Фрейеров (1964) отмечали склонность этих больных к предъявлению в симулятивных целях неопределенных жалоб на соматическое здоровье. Однако при оценке подобных случаев нужна известная осторожность, так как не исключена действительная болезненная охваченность ипохондрическими переживаниями.

Больных, склонных к аггравации, отличают известная сохранность личности и осознание своего дефекта. Резко выраженное слабоумие полностью исключает аггравацию. В зависимости от интеллектуального снижения притворное поведение может быть элементарным, примитивным или, напротив, клинически более сложным с различными проявлениями, типичными, по мнению симулирующего, для психического заболевания. В целом чем более наивна, нелепа и обнажена по своим целе-

вым тенденциям симуляция, тем глубже интеллектуальная недостаточность симулянта.

Для выявления аггравации наряду с обстоятельным клиническим обследованием подэкспертного существенное значение имеет детальное ознакомление с историей всей его прошлой жизни. Недоучет анамнестических сведений и обоснование диагноза только по особенностям психического статуса в отдельных случаях могут привести к экспертным ошибкам. Важно также иметь в виду, что при аггравации, как и при всякой другой форме симуляции, как правило, происходит не целостное изображение психического расстройства, а лишь усиление некоторых проявлений болезни.

Во многих случаях аггравация возникает в одной и той же форме неоднократно, при каждом новом привлечении к уголовной ответственности, особенно если первые попытки увенчались успехом. Однако и при неудачах умышленное преувеличение имеющихся психических нарушений нередко определяет поведение в трудной обстановке.

Обследуемая Б., 24 лет, обвиняется в краже

С детства значительно отставала в умственном развитии от сверстников, окончила лишь 2 класса. Состоит на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом олигофрения в степени умеренной дебильности. Последние 5—6 лет ведет антиобщественный образ жизни, употребляет спиртные напитки, совершает мелкие кражи. В 19 лет была осуждена за кражу условно. При проведенной тогда амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе была признана вменяемой с диагнозом олигофрения в степени умеренно выраженной дебильности с элементами установочного симулятивного поведения. При обследовании правильно ориентируется в сложившейся ситуации. Опрятна, собрана, общается с сохранными больными, соблюдает режим. Во время бесед с врачами заметно волнуется. Нарочито не отвечает или же отвечает неправильно на самые простые вопросы (не называет дней недели, число пальцев на руке и т. п.). При этом объясняет, что больна, ее «все называют дурочкой», поэтому ее «надо лечить». Иногда, замечая недоверие к своим высказываниям, с раздражением заявляет, что «все равно больше двух лет не дадут».

Заключение: олигофрения в степени умеренно выраженной дебильности. Симулятивное поведение. Вменяема.

Симуляция у Б. сводится по существу к утрированию тех психических нарушений, которые ей свойственны с детства. При этом сама манера симуляции, нечувствительность к различным противоречиям и несоответствиям еще больше подчеркивают духовную бедность и умственную ограниченность. Приведенный пример является типичным и в другом отношении: довольно часто подобная симуляция у лиц с олигофренией проявляется неоднократно, при каждом новом аресте, причем этому не мешают предшествовавшие неудачи.

Следует подчеркнуть, что резко выраженное слабоумие полностью исключает симуляцию. Слабоумный вследствие поражения всех сторон психической деятельности не способен ни составить план целенаправленного действия, ни осуществить его.

Сюр симуляция встречается значительно реже и отражает болезненную мотивацию поведения психически больных.



В противоположность аггравации общим условием сюрсимуляции являются довольно значительный психический дефект и измененность личности притворщика. Как правило, у этих больных отсутствует сознание своей болезни. Симулируемые симптомы чужды, не характерны для клинической структуры и динамики основного заболевания, что в определенной степени способствует их распознаванию. Чаще сюрсимуляция наблюдается у страдающих шизофренией, в отдельных случаях она наблюдается и при других формах психозов.

Сюрсимуляция у больных шизофренией носит патологический характер, отражая свойственное шизофреническому процессу нарушение психической целостности личности. Притворство теряет целостность, в результате чего поведение больных может становиться карикатурным. С одной стороны, оно содержит как будто целевую защитную тенденцию, намерение изобразить психическую болезнь с целью избежать наказания, с другой — отражает особенности шизофренических расстройств без целевой направленности поведения и противоречивыми амбивалентными тенденциями, в результате чего длительное и целенаправленное поведение становится невозможным для больного. В этих случаях больные шизофренией очень легко «выходят из роли» [Bleuler E., 1920], раскрывают нарочитость своего поведения, отказываются от притворства, заявляют о том, что они «симулировали», а затем вновь возвращаются к притворству.

Обследуемый С, 26 лет, обвиняется в попытке изнасилования

В 20-летнем возрасте у С появилась тревожность, он стал подозрительным, начал уединяться. Высказывал идеи преследования. Был помещен в психиатрическую больницу, где диагностирована шизофрения. В дальнейшем в связи с обострениями заболевания неоднократно госпитализировался с тем же диагнозом. Из материалов дела известно, что С, встретив на улице тр. О., нанес ей побой и пытался изнасиловать. В первое время в период следствия С был тревожным, подозрительным, считал, что «все специально подстроено», вокруг него «заговорщики», ощущал, как «на полушария мозга оказывают воздействия». Однако вскоре состояние несколько улучшилось, исчезла тревога, стал понимать, что с ним происходило «что-то странное», «все это казалось». Он «мог, наконец, справиться с мыслями» и «поэтому решил симулировать».

При обследовании демонстративно отказывается от пищи, на вопросы либо не отвечает вообще, либо дает бессмысленные ответы, «стараясь произвестить впечатление слабоумного». Несколько раз в присутствии врачей устраивал припадки. Вместе с тем периодически становится тревожным, настороженным, подозрительным, по ночам встает с постели, старается незаметно подойти к окну, к чему-то прислушивается. С волнением рассказывает врачу о своих переживаниях, просит защитить его. При экспериментально-психологическом исследовании были выявлены неадекватность речевых реакций, явления соскальзывания, трудности смысловых дифференцировок.

Заключение С страдает хроническим душевным заболеванием в форме шизофрении. Сюрсимуляция Невменяем.

Данное наблюдение демонстрирует симулятивное поведение у больного шизофренией. Фрагментарность, непоследовательность, демонстративность предъявляемой симптоматики сочета-

ются с психопатологическими расстройствами, обусловленными шизофреническим процессом. Характерно, что в периоды обострения заболевания симулятивное поведение прекращается и возобновляется при улучшении состояния.

Метасимуляция — умышленное изображение симптомов только что перенесенного психического заболевания — в судебно-психиатрической практике встречается реже, чем аггравация.

Наиболее распространена метасимуляция у лиц, перенесших реактивные психозы. Большинство клинических форм симулятивного поведения, несмотря на известное разнообразие, определяется психопатологическим содержанием перенесенного реактивного психоза. Предметом подражания, копирования в данном случае становится перенесенное реактивное состояние, осознанное после выхода из него как болезнь. Преобладает изображение сложных клинических картин, в частности галлюцинаторно-параноидных синдромов.

На форму симулятивного поведения, помимо содержания перенесенной психогении, оказывает определенное влияние интеллектуальное развитие симулянта, его характерологические особенности, запас общежитийских представлений, жизненный опыт. Нередко встречается импровизация. Так, например, симптом амнезии довольно часто «дополняет» симулятивную картину, имитирующую тот или иной психогенный синдром. При изображении псевдодеменции в отдельных случаях «дополнительно» демонстрируются галлюцинации, отсутствовавшие в картине реактивного психоза.

Необходимо учитывать и то, что воспоминания о перенесенном психозе могут быть неполными, частичными, лоскутными, а отдельные эпизоды вообще амнезируются. Отсюда следует более примитивное или, напротив, более сложное изображение психического заболевания, однообразная или полиморфная «симптоматика».

Обследуемый О., 34 лет, обвиняется в краже.

В возрасте 26 лет перенес травму головы с потерей сознания, после которой жаловался на головную боль, головокружения, стал вспыльчивым, раздражительным. После привлечения к уголовной ответственности по настоящему делу начал вести себя неправильно, отказывался от еды, на все вопросы отвечал «не знаю», «не помню».

При поступлении на экспертизу депрессивен, растерян, пуглив. Большую часть времени проводит в постели, укрываясь с головой одеялом, уединяется, отказывается от еды. При упоминании о правонарушении появляется страдальческое выражение лица, начинает плакать. Обвиняет себя в различных неправильных поступках, совершенных в прошлом. Называет окружающую обстановку невыносимой, говорит, что ему «больше не жить». Временами возбужден, со страхом мечется по палате, говорит, что его преследуют, хотят убить.

В результате проведенного лечения стал заметно живее, активнее. Настроение улучшилось. Начал охотно общаться с окружающими. Перестал высказывать суицидальные мысли. Однако в дальнейшем во время бесед с врачом вновь утверждает, что его преследуют, хотят уничтожить. При этом остается спокойным, о преследовании говорит в одних и тех же выражениях, никак не может пояснить своих высказываний, путается, стремится уйти

от уточняющих вопросов. Не сразу отвечает на вопросы, касающиеся его состояния, иногда дает нелепые ответы

При экспериментально-психологическом обследовании выявлена демонстративность ошибочных ответов. Например, правильно называя сначала красный цвет, затем начинает называть его черным. При выполнении счетных операций дает ответы, отличающиеся от правильных на единицу (например,  $5+4=10$ ).

Поведение в отделении дифференцировано: в присутствии медицинского персонала стремится быть тихим, с печальным выражением лица одиноко сидит на койке, когда остается в обществе других обследуемых, становится активным, общительным, нередко подстрекает к ссорам и конфликтам

Заключение: остаточные явления травматического поражения головного мозга. Вменяем. После ареста перенес реактивное состояние, из которого полностью вышел. В настоящее время симулятивное поведение.

В данном случае у О. при поступлении отмечались явления реактивного состояния депрессивно-параноидной структуры, развившегося после привлечения к уголовной ответственности. Однако в результате лечения все болезненные проявления редуцировались, О. стал спокойным, общительным, активным. В дальнейшем О. вновь начинает вести себя неправильно, предъявляя жалобы, внешне сходные с прежними. В отличие от периода болезни, когда бредовые идеи и депрессивный аффект были тесно спаяны и составляли характерную и неотъемлемую часть болезненного состояния, в последний период дифференцированное поведение О. и его изолированные, демонстративные, порой явно нелепые высказывания свидетельствовали о симулятивной природе преподносимой «симптоматики».

Если распознавание грубого и неумелого притворства не представляет больших трудностей, то отграничение психогенно обусловленных психопатологических синдромов от умелой и продуманной симуляции сходных состояний связано со значительными затруднениями.

В подобных случаях следует проводить тщательный дифференциально-диагностический анализ всей совокупности явлений. правильное представление о болезненной или искусственной природе симптомов возможно лишь при рассмотрении клинической картины и ее динамики в целом. В этих случаях приходится ориентироваться на несоответствие и противоречивость отдельных симптомов, не укладывающихся в клиническую картину определенного психогенного синдрома. А. А. Говсеев (1894) подчеркивал, что при дифференцировке симуляции необходим сбор всех данных, относящихся к предполагаемому расстройству как явлению со своими причинами, своим ходом развития.

Весьма существенным в дифференциально-диагностическом плане признаком следует считать отсутствие при симуляции типичной для реактивных состояний закономерной динамики психопатологических явлений. При симулятивном поведении не отмечается также свойственных истерическим синдромам колебаний уровня сознания. Симулянты изображают статичные болезненные состояния или отдельные эпизоды психической болезни, а не ее течение и динамику.

Клинический материал Института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского свидетельствует, что основные ошибки в распознавании симуляции чаще всего связаны с переоценкой отдельных симптомов без учета их динамики и патогенеза. На это же указывают и некоторые исследователи [Бунеев А. Н., 1941; Келлчевская Р. М., 1960; Фелинская Н. И., Пелипас В. Е., 1975].

Распознаванию симуляции также помогает непоследовательность в поведении с подчеркнутой демонстративностью якобы болезненной симптоматики перед персоналом и обычным поведением при общении с подэкспертными.

Клинические данные дополняют нередко обнаруживаемые в поведении симулянтов различного рода промахи. Так, например, изображая мутизм, такие лица разговаривают с другими обследуемыми; притворяясь слабоумными, обнаруживают подробное знакомство с материалами уголовного дела и точный учет ситуации и т. п.

Касаясь некоторых других общих закономерностей симуляции у лиц, перенесших реактивные психозы, следует остановиться на динамике притворного поведения.

У перенесших реактивный психоз вне зависимости от его клинической формы нельзя установить начало симуляции на высоте аффективного напряжения. Обычно симулятивное поведение начинается после некоторого светлого промежутка по миновании психотического эпизода.

Длительность симулятивного поведения весьма различна — от нескольких недель до многих месяцев. Наиболее продолжительная симуляция психических расстройств обычно удается при изображении сравнительно простых форм поведения: однообразное поведение с предъявлением жалоб на галлюцинации или бредовые нарушения. Нередко долго изображается псевдодеменция, в отдельных случаях — мутизм.

### *Распознавание симуляции*

Симуляцию распознают главным образом клиническим и экспериментально-психологическим методами.

Многие приемы, рекомендуемые специалистами для распознавания симуляции, направлены на то, чтобы добиться признания в симуляции и отказа от нее. Это «лукавые вопросы» [Claude H., 1932], проба на рассеянность — быстро задаваемые друг за другом вопросы [Айхенвальд Л. И., 1929], рассчитанные на то, чтобы поставить симулирующего в затруднительное положение и побудить признаться в симуляции. Однако признание — еще не доказательство симуляции, если нет подтверждения объективными данными. Так, например, депрессивные больные с идеями самообвинения нередко заявляют, что они здоровы, а свое неправильное поведение объясняют симуляцией; дебилы с повышенной внушаемостью легко признаются в симуляции при наводящих вопросах.

Разработан ряд экспериментально-психологических методов для распознавания притворного поведения, основанных на изучении нарочитых ошибок, производимых симулирующими при различных видах исследований [Калашник Я. М., 1938; Рубинштейн С. Я., 1947; Станишевская Н. Н., 1975]. С их помощью можно уяснить нелепость или правдоподобность ошибок, их грубый, случайный или систематичный характер и на этом основании судить об истинном снижении личности или симуляции этого снижения. Заставляя обследуемого действовать в непривычных и меняющихся условиях психологического эксперимента, можно по скорости его ориентировки, скорости и особенностям формирования систем ошибок, по реализации занятой позиции не только диагностировать симуляцию, но и судить о ее характере (симуляция у дефектной личности или у психически полноценного человека и пр.).

Большое значение следует придавать физическим симптомам, сопровождающим некоторые психические заболевания, так как эти симптомы не поддаются симуляции (например, симптом Аргайла Робертсона при прогрессивном параличе; цианоз, похудание, запоры при депрессивных состояниях). Большую роль играют также лабораторные исследования (спинномозговая жидкость и др.).

Некоторое вспомогательное значение приобрели данные электроэнцефалографии, выявляющие патологическую биоэлектрическую активность мозга или ее отсутствие, что особенно важно, например, при симуляции эпилепсии.

Однако экспертная практика свидетельствует, что ведущее место в распознавании симуляции психических болезней принадлежит клиническому методу. Он основывается на сопоставлении сообщаемых анамнестических сведений с психопатологическим анализом психического состояния обследуемого.

При исследовании психического состояния подозреваемого в симуляции особенно большое значение приобретают структура отдельных синдромов с учетом присущей им относительной клинической специфичности в зависимости от нозологической принадлежности, сопоставление сочетания отдельных синдромов, стереотипа их развития и последовательности в течении заболевания. Касаясь этой проблемы, В. П. Осипов (1929) подчеркивал, что при подозрении на симуляцию основное значение приобретают данные о течении болезни, ее динамике, которая отсутствует у симулянтов, изображающих «состояния», эпизоды, а не болезнь. Отдельные симптомы имеют значение тогда, когда установлено их психопатологическое, а не психологическое происхождение.

О симуляции может говорить своеобразная форма предъявления психических нарушений: демонстративность, нарочитость жалоб и изображения психопатологических симптомов с фиксацией на них внимания врача, чрезмерная старательность, заученность высказываний, однообразие поведения, что обычно

сочетается с заметной напряженностью во время беседы, злобой и раздражением.

А. Н. Бунеев (1951), касаясь трудностей распознавания симуляции в подобных случаях, указывал на необходимость внимательно прислушиваться к тому, как преподносится болезненная симптоматика: содержание жалоб на галлюцинации, по его мнению, особенно в судебно-психиатрической клинике, имеет весьма относительное значение, а сама манера высказывания часто раскрывает больше, чем содержание жалоб.

Симулятивные бредовые идеи внешне, по предъявлению, скорее напоминают бредоподобные фантазии, чем истинный бред. Симулирующий оформляет свой «бред» очень быстро, иногда прямо во время беседы с врачом. Свои высказывания он преподносит неуверенно, не может раскрыть их содержания, не обнаруживает какой-либо охваченности или фиксированности на предъявляемых переживаниях. Последние не находят отражения в его поведении, он не способен дать объяснений по поводу излагаемого, порой даже самый простой вопрос ставит его в тупик.

Нередко симулятивное поведение не ограничивается изображением какой-либо одной из перечисленных выше форм, а отмечаются смешанные картины. В таких случаях симуляция начинается с демонстрации одного «болезненного синдрома», к которому в дальнейшем постепенно присоединяются другие явления. В отдельных случаях обследуемому приходится одну форму симулятивного поведения заменять другой, т. е. у врача на глазах как бы отрабатывается притворное поведение.

Таким образом, для распознавания симуляции важное значение имеют нетипичность, полиморфность симптоматики или, напротив, изолированность отдельных симптомов, отсутствие «внутренней связи, гармонии между явлениями», отсутствие логики болезни [Цейтлин С. Л., 1911]. Особое значение при этом имеет «внутренняя противоречивость» симптоматики, не укладывающейся в клиническую картину известных форм психических заболеваний, сосуществование несовместимых симптомов (например, неумение ответить на самые простые вопросы сочетается с полной ориентированностью в уголовном деле, идеи величия развертываются на фоне угрюмой подавленности).

При всех формах симулятивного поведения мнимая картина болезни остается статичной, застывшей. Как правило, не отмечается каких-либо колебаний в изображаемой картине, ее трансформации в другие психопатологические синдромы. Отказ от симулятивного поведения обычно происходит сразу, без характерных для истинных психических расстройств закономерностей в исчезновении болезненной симптоматики. Не зная типичных сочетаний психопатологических симптомов при различных клинических формах психических заболеваний, симулирующие нередко изображают в одной картине болезни несовместимые симптомы.

Важным дифференциально-диагностическим признаком при распознавании симуляции является несоответствие психического состояния обследуемого его анамнезу, не отражающему каких-либо психопатологических проявлений, а также отсутствие закономерностей динамики развития и течения предъявляемых психических нарушений.

### Диссимуляция

Диссимуляция психического заболевания представляет собой преднамеренное утаивание действительно существующих признаков психической болезни. В социальном аспекте она противоположна симуляции: больной пытается сохранить (восстановить) свое социальное положение как психически здорового человека.

Диссимуляция чаще наблюдается при шизофрении, в основном при бредовых синдромах, возможна и при органических психозах (сосудистого, травматического генеза), а также при алкогольных психозах и паранойяльном синдроме у психопатических личностей. В. П. Осипов (1943) указывал на нередкую диссимуляцию эпилептиформных припадков разного генеза.

#### *Формы и способы диссимуляции*

Исследователи выделили ряд способов и клинических форм диссимулятивного поведения, отражающих динамику психического заболевания [Кудрявцев И. А., Пулькин Б. В., 1981; Кондратьев Ф. В., Ломоватский Л. Е., 1981]. Так, наиболее простая форма диссимуляции у психически больных — так называемая аутистическая форма, при которой больные, стремясь скрыть имеющиеся болезненные переживания, ограничивают контакты с окружающими. Паранойяльные переживания могут сопровождаться более «рационалистическими» приемами доказательства психического здоровья: бредовая фабула маскируется внешне логичной, но в сущности односторонней интерпретацией фактов. Переход болезненного процесса на более глубокие регистры нередко влечет за собой непоследовательные противоречивые, паралогичные попытки диссимуляции, лишь обнажающие выраженность психических нарушений. Избирательный отказ от беседы о состоянии здоровья при формальной доступности контакту также может быть проявлением диссимуляции (негативистическая форма).

Многие авторы подчеркивают, что формы диссимуляции обнаруживают определенную зависимость от преморбидной структуры личности, сохранности тех или иных ее сторон интеллекта, динамики заболевания, а также от ситуации и соответственно доминирующей мотивации.

Таким образом, диссимуляция в каждом конкретном случае во многом отражает адаптационные возможности больного,

с одной стороны, и глубину психических нарушений — с другой. Выявление диссимуляции в судебно-психиатрической практике имеет большое значение для диагностического и экспертного заключения, назначения, изменения и отмены мер медицинского характера. Необходимо иметь в виду, что, желая выписаться из психиатрической больницы, больные нередко прибегают к диссимуляции своих болезненных переживаний, нераспознавание которых в дальнейшем может стать причиной повторных общественно опасных действий. Иногда психически больные стремятся скрыть свою болезнь и произвести впечатление здоровых, чтобы не лишиться гражданских прав.

При паранойяльных идеях больные психопатией, шизофренией чаще всего скрывают определенные антисоциальные замыслы и агрессивные намерения, причем эти идеи не воспринимаются ими как болезнь (в отличие от диссимуляции других психотических синдромов, частично осознаваемых как отклонение от нормы) [Чудновский С. В., 1984]. Д. Р. Луниц, Т. А. Валюженич (1970) подчеркивали, что в связи с относительной интеллектуальной сохранностью, в частности при психопатии, имитация критического отношения к якобы перенесенному и редуцировавшемуся болезненному состоянию может выглядеть особенно убедительно.

Помимо больных с бредовыми переживаниями, к диссимуляции нередко прибегают больные депрессией, скрывающие суицидальные намерения. В отдельных случаях диссимулированное депрессивное состояние может стать причиной неожиданного для окружающих расширенного суицида.

Распознавание диссимуляции нередко представляет значительные трудности, так как больные могут не только скрывать ту или иную психопатологическую симптоматику, но и описывать анамнез, исходя из общепринятых представлений о ничем не примечательных событиях жизни.

### *Распознавание диссимуляции*

Успешность выявления диссимуляции во многом определяется комплексом факторов. Строгое соблюдение в беседе с больным деонтологических принципов позволяет косвенно выяснить те или иные изменения в самочувствии, образе жизни, интересах, межличностных отношениях, а также установить причины этих изменений. В ряде случаев целесообразно узнать представление больного о психическом заболевании, тех или иных его проявлениях.

Стремясь выявить бредовые переживания, галлюцинации, необходимо иметь в виду, что больной нередко хорошо чувствует отношение психиатра к тем или иным описаниям своего состояния. Большое значение имеет динамическое наблюдение больного: аффективные изменения, внезапные проявления подозрительности, напряженности, микрокататонические симптомы,



парамимия, появляющиеся в процессе беседы, особенности общения с разными лицами (диссоциация поведения под наблюдением и вне наблюдения медперсонала). В ряде случаев клинико-психопатологический анализ состояния подозреваемого в диссимуляции целесообразно дополнить экспериментально-психологическим обследованием, положительно зарекомендовавшим себя в практике. Определенную информацию может дать реакция на кофеин-барбиталовое лечение и прием нейролептиков [Ломоватский Л. Е., 1982; Пулькин Б. В., 1982].

Особенно сложно распознавание диссимуляции тогда, когда больные живут как бы в двух планах: с одной стороны, формально правильно ориентируются в окружающем, с другой — находятся под влиянием бредовых переживаний. Такие состояния наиболее вероятны при большой давности заболевания. С. В. Чудновский (1984) проследил динамику диссимуляции в процессе принудительного лечения больных психопатией с паранойальным развитием. В результате терапии уменьшилась острота ведущего синдрома и изменились компенсаторные возможности личности: от интерпретации совершенных опасных действий как «ответа» на проски мнимых врагов и недоброжелателей до обеднения и стереотипизации диссимулятивного поведения без стремления к его усложнению (этап стабилизации диссимуляции). Такие данные еще раз подчеркивают значение динамического наблюдения в случаях, подозрительных на диссимуляцию.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

В связи с серьезностью последствий установления симуляции судебно-психиатрическую экспертизу подозреваемых в симуляции или диссимуляции следует проводить в стационаре, где имеются все условия для клинического изучения и лабораторных обследований.

Судебно-психиатрическая оценка здоровых, обнаруживающих симулятивное поведение, не представляет затруднений: они вменяемы. При установлении симуляции судебно-психиатрической экспертизой следует направлять обследуемых в распоряжение судебно-следственных органов; не ожидая прекращения симуляции.

Определенные трудности при судебно-психиатрической оценке представляет симуляция, возникающая на патологической почве. В этих случаях при клиническом обследовании необходимо выяснить особенности патологической почвы, на которой возникают указанные формы поведения, определить глубину, выраженность и прогрессивность патологического процесса, характер дефекта. Если обследуемые вменяемы, то в акте судебно-психиатрической экспертизы необходимо указать на симуляцию или аггравацию.

Касаясь вопросов симуляции у психически больных, нельзя пройти мимо довольно многочисленных случаев, описываемых

в литературе под названием «сомнительных» психических состояний или псевдосимуляции [Краснов Д., 1926; Малкин П. Ф., 1947].

Эти случаи вызывают определенные экспертные и диагностические затруднения, вследствие чего становятся предметом разногласий: одни предполагают у этих обвиняемых симуляцию, другие настаивают на диагнозе психической болезни. Анализ ошибочных заключений о симуляции у лиц, страдающих шизофренией, показывает, что в этих случаях встречаются главным образом гебефреническая и простая формы заболевания. В клинической картине у этих больных преобладают нелепость поступков, вычурность и странность речевой продукции, эмоциональная неадекватность, что при поверхностном рассмотрении создает впечатление искусственности, грубой нарочитости.

Заключения повторных судебно-психиатрических экспертиз показывают, что экспертно-диагностические затруднения при разграничении шизофрении и симуляции в большинстве касаются не случаев с острой психотической симптоматикой, а явлений более или менее выраженного постпроцессуального дефекта или вялопротекающего процесса без обильной продуктивной симптоматики.

Диагностические расхождения, как ни странно, наблюдаются именно там, где специфическое для шизофрении «расщепление» психики выражено чрезвычайно отчетливо. В поведении таких больных на первый план выступают недостаточная ориентированность, амбивалентность и амбитендентность, неточность и нечеткость суждений, паралогичность и аморфность мышления. Все это при недостаточном изучении и сопоставлении с другими проявлениями в психическом статусе больных наводит на мысль о грубой и неумелой симуляции. В таких случаях эмоциональная бедность в сочетании со стереотипией оцениваются как заученность жалоб у симулирующего. Впечатление о психологически понятных попытках избежать ответственности нередко создается при наблюдающихся у отдельных больных шизофренией явлениях амбивалентности, в силу чего они могут отрицать свою вину вопреки всякой очевидности и доказанности правонарушения, в котором сами ранее сознавались, отказываться от своих подписей, жалоб и просьб. Аналогичные предположения возникают в связи с нередкими у больных шизофренией отказами от своего имени и фамилии, а иногда и биографии по бредовым мотивам.

Диссимулятивные тенденции важно учитывать при назначении и изменении мер медицинского характера, особенно тогда, когда общественно опасное деяние было причинно связано с диссимулируемыми болезненными переживаниями. Эти данные надо отражать в акте судебно-психиатрической экспертизы для сведения врачей, осуществляющих принудительное лечение, так как личностное стремление к диссимуляции обычно бывает устойчивым.

В то же время при уменьшении астеноневротической симптоматики, снижения памяти в сочетании с желанием «удержать» социальные позиции у лиц с благополучным преморбидом не должно препятствовать отмене принудительного лечения. Динамика диссимуляции с возвратом к аутистической форме при положительных социальных установках, как правило, отражает благоприятное течение заболевания с относительной сохранностью адаптационных возможностей и способностью к компенсации болезненных проявлений, что также необходимо учитывать при проведении и отмене принудительного лечения в социально-психиатрическом и деонтологическом плане как один из важных путей профилактики повторных общественно опасных действий.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ленин В. И.* Что такое «друзья народа» и как они воюют против социал-демократов?//Полн. собр. соч. — Т. 1. — С. 125—346
- Ленин В. И.* Материализм и эмпириокритицизм//Полн. собр. соч. — Т. 18. — С. 7—384.
- Авруцкий Г. Я., Недува А. А.* Лечение психически больных (Руководство для врачей). — М.: Медицина, 1981 — 496 с.
- Айхенвальд Л. И.* Симуляция психотических состояний. — Одесса, 1929. — 28 с.
- Алимов Х. А.* Клиника психопатоподобных состояний после инфекционных менингоэнцефалитов и их судебно-психиатрическая оценка. — Ташкент: Медгиз УзССР, 1959. — 116 с
- Алкоголизм: Руководство для врачей/Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна.* — М.: Медицина, 1983 — 432 с.
- Анохина И. П.* Нейрохимические аспекты патогенеза хронического алкоголизма//Патогенез, клиника и лечение алкоголизма — М., 1976. — С. 15—19.
- Анохина И. П.* Нарушение обмена катехоламинов при реактивных депрессиях//Материалы 4-го Советско-Финляндского симпозиума по проблеме депрессий. — М., 1983 — С. 75—79
- Анохина И. П.* О некоторых биохимических факторах предрасположенности к психогенным депрессиям//Структурно-функциональные основы нервных и психических заболеваний. — М., 1983 — С. 12—15.
- Арбатская Ю. Д.* Черепно-мозговая травма//Руководство по врачебно-трудовой экспертизе (специальная часть) — М., 1977 — С. 577—612
- Асатиани Н. М.* Резидуальные расстройства и особенности их динамики в клинике невроза навязчивых состояний//7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров Тез докл — М., 1981 — Т. 3. — С. 445—447.
- Бабаян Э. А.* Некоторые актуальные проблемы наркологии//6-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров — М., 1975 — Т. 1 — С. 7—12.
- Бачериков Н. Е., Линский В. П., Самарданова Г. А.* Психопатология и терапия раннего церебрального атеросклероза — Киев Здоров'я, 1984. — 135 с.
- Белов В. П., Докучаева О. Н., Воробьев Ю. М.* Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших дорожно-транспортные правонарушения: Методические рекомендации. — М., 1982 — 21 с
- Белов В. П., Казаковцев Б. Н.* Варианты динамики эпилепсии с транзиторными и хроническими психотическими расстройствами//Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике — М., 1985. — С. 36—44.
- Бехтель Э. Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем — М.: Медицина, 1986. — 272 с
- Биологические аспекты наркоманий/А. И. Майский, Н. Н. Ведерникова, В. В. Чистяков, В. В. Лакин.* — М.: Медицина, 1982. — 255 с.
- Боброва И. Н., Герасимов С. В.* О дифференциальной диагностике между шизофренией, протекающей с психогенными симптомами, и затяжными реактивными состояниями//Вопросы принудительного лечения психически больных и психиатрической помощи. — Казань, 1970. — С. 78—85.
- Боброва И. Н., Мошонько А. Р.* О работе судебно-психиатрических комиссий страны в 1977 г.//Суд-психиатр эксперт. — 1979 — № 33 — С. 75—81.
- Боброва И. Н., Яковлева Т. А., Рубцов А. Ф., Метелица Ю. Л.* Об определении степени тяжести телесных повреждений, повлекших психические нарушения//Суд.-мед. эксперт. — 1980 — № 2 — С. 50—53.
- Болдырев А. И.* Эпилепсия у взрослых. — М.: Медицина, 1984. — 288 с
- Боревская П. И.* Реактивные состояния при эпидемическом энцефалите//Проблемы судебной психиатрии. — М., 1944. — Вып. 4. — С. 159—175.

- Бориневич В. В.* Наркомании: (Клиника, патогенез и лечение морфинизма, коденнизма, опиоманий). — М.: Медицина, 1963. — 275 с.
- Бруханский И. П.* Судебная психиатрия. — М., 1928. — 439 с
- Бунеев А. Н.* Паранойяльные синдромы у эпилептоидов в связи с возрастными и атеросклеротическими изменениями//Журн невропатол. — 1930 — Вып 3 — С 31—43.
- Бунеев А. Н.* Судебно-психиатрическая экспертиза, ее практика и задачи//Судебно-психиатрическая экспертиза, ее практика и задачи. — М., 1935. — С. 5—22
- Бунеев А. Н.* О шизофренических реакциях//Проблемы судебной психиатрии. — М., 1938. — С. 45—64.
- Бунеев А. Н.* Исключительные состояния//Проблемы судебной психиатрии. — М., 1947. — Вып. 6. — С. 403—406.
- Бунеев А. Н.* О судебно-психиатрической экспертизе состояния опьянения//Журн. невропатол и психиатр. — 1955. — Т. 55. — Вып. 1. — С. 54—57.
- Введенский И. Н.* Судебно-психиатрическая оценка реактивных состояний//Проблемы судебной психиатрии — М., 1938 — С. 5—44.
- Введенский И. Н., Алфимова Т. Н.* Самооговоры психически неполноценных и их судебно-психиатрическая оценка//Проблемы судебной психиатрии. — М., 1944 — Вып 4 — С 137—154.
- Введенский И. Н.* Проблема исключительных состояний в судебно-психиатрической клинике//Проблемы судебной психиатрии. — М., 1947. — Сб. 6. — С 331—335.
- Ганнушкин П. Б.* Постановка вопроса о шизофренической конституции//Современная психиатрия. — 1914. — Вып. 5. — С 361—377.
- Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М. Север, 1933. — 143 с
- Ганнушкин П. Б.* Избранные труды — М.: Медицина, 1964. — 292 с.
- Гейер Т. А.* К постановке вопроса об «инволюционной» истерии//Тр. психиатрической клиники I Московского мед. ин-та — М., 1925. — Т. 2. — С. 45—51
- Герасимов С. В.* Психогенно видоизмененная шизофрения и реактивный психоз (дифференциально-диагностический аспект)//Журн невропатол. и психиатр — 1980. — Т. 80 — Вып. 9 — С 1343—1348
- Гиляровский В. А.* Введение в анатомическое изучение психозов — М — Л., 1925 — 288 с
- Гиляровский В. А.* Психиатрия: Руководство для врачей и студентов — 4-е изд — М. 1954. — 520 с.
- Гиляровский В. А.* Избранные труды. — М.: Медицина, 1973. — 328 с.
- Гинсеев А. А.* Симуляция душевных болезней и патологическое притворство. — Харьков, 1894. — 333 с.
- Голубец Р. Г., Сухотина Н. К.* Психозы у больных олигофренией//Журн. невропатол и психиатр. — 1981. — Т. 81. — Вып. 3 — С. 378—383.
- Гордова Т. Н.* Клиника и течение прогрессивного паралича, леченного малярией — М. Медгиз, 1959. — 128 с
- Гордова Т. Н.* Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. — М.: Медицина, 1973 — 175 с.
- Гульдан В. В.* Основные типы мотивации противоправных действий у психопатических личностей//Вестн. МГУ, Сер. Психология. — 1984. — № 1. — С 31—45.
- Гуревич М. О., Серейский М. Я.* Учебник психиатрии (с предисловием П. Б. Ганнушкина). — М.: Госиздат, 1928. — 400 с.
- Гуревич М. О.* Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа. — М.: АМН СССР, 1948. — 238 с.
- Гурьева В. А., Гиндикин В. Я.* Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина, 1980 — 272 с.
- Гцинская Л. В.* Особенности судебно-психиатрической оценки истерической психопатии//Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. — М., 1982. — С. 45—51.
- Лворкина Н. Я.* Инфекционные психозы (клиническое исследование). — М.: Медицина, 1975. — 183 с.

- Детенгоф Ф. Ф.* Психозы и психические изменения при эпидемическом энцефалите. — Ташкент: Госиздат УзССР, 1950. — 328 С.
- Джимшелейшвили В. П.* О клинике шизофреноподобных реакций//Клиника, терапия и патобиология шизофрении. — Баку, 1963. — С. 214—218
- Доброгаева М. С.* Патоморфоз исключительных состояний//Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. — М., 1985. — С. 51—59.
- Докучаева О. Н., Демонова Д. П.* Клиника и патоморфоз синдрома расстроенного сознания в судебно-психиатрической практике//Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. — М., 1985. — С. 44—51.
- Емельянов В. П.* Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями. — Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1980. — 97 с.
- Жислин С. Г.* Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов. — М., 1956. — 227 с
- Жислин С. Г.* Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 320 с.
- Затуловский М. И.* О патологическом опьянении и его диагностике в судебно-психиатрической практике//Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1955. — С. 104—116.
- Зенков Л. Р.* Принципы функциональной организации нервной системы//Болезни нервной системы. — М., 1982 — Т 1. — С. 5—17.
- Иваницкий А. М.* Нарушения информационных процессов мозга и патогенез некоторых психических расстройств//Вестн АМН СССР — 1979 — № 7. — 42—48.
- Ильинский Ю. А.* Сравнительное изучение клиники шизофрении, осложненной и не осложненной психогенными реакциями в психотравмирующей ситуации//Шизофрения (судебно-психиатрический аспект) — М., 1983 — С. 3—11.
- Иммерман К. Л.* Клиническая картина затяжных реактивных психозов и вопросы принудительного лечения этих состояний//Актуальные вопросы соц. психиатрии — Валдай, 1979 — С. 31—42
- Иргер И. М.* Черепно-мозговая травма//Болезни нервной системы. — М., 1982. — Т 2. — С. 44—69
- Калашник Я. М.* Практика судебно-психиатрической экспертизы свидетелей и потерпевших//Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1960 - Вып II — С. 109—116.
- Калашник Я. М.* О некоторых принципах диагностики патологического опьянения//Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1961. — Сб. 4 — С. 50—57.
- Кандинский В. Х.* О псевдогаллюцинациях. — М. Медгиз, 1952 — 176 с.
- Кербиков О. В.* Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
- Ковалев В. В.* Психические нарушения при пороках сердца. — М.: Медицина, 1974 — 191 с.
- Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). — М. Медицина, 1979 — 607 с
- Кондратьев Ф. В., Ломоватский Л. Е.* Динамика диссимуляции больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении//Принудительное лечение психически больных — М., 1981 — С. 9—16.
- Кондратьев Ф. В.* Новые аспекты дифференциального диагноза, связанные с патоморфозом шизофрении//5-й Советско-Финляндский симпозиум по вопросам психиатрии — М., 1985 — С. 132—141.
- Кондратьев Ф. В.* Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуализированные программы профилактики общественно опасных действий психически больных//Профилактика общественно опасных действий психически больных — М., 1986 — С. 16 -24
- Коркина М. В., Цивилько В. С., Цивилько М. А.* Особенности приступов психических расстройств при хронической почечной недостаточности (клинико-морфологическое исследование)//Журн. невропатол. и психиатр — 1976 — Т 76, — Вып 7 — С. 1036—1043
- Коркина М. В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте — М.: Медицина, 1984 — 221 с.

- Корсаков С. С. Курс психиатрии. Т. — 1—2. — М., 1901.
- Костандов Э. А. Восприятие и эмоции. — М.: Медицина, 1977. — 247 с.
- Коченов М. М. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза (к постановке проблемы)//Вопросы борьбы с преступностью. — М., 1978. — Вып. 29. — С. 114—126.
- Краснушкин Е. К. Избранные труды. — М.: Медгиз, 1960. — 608 с.
- Криминальная мотивация//Под ред. В. Н. Кудрявцева — М.: Наука, 1986. — 304 с.
- Кудрявцев В. Н. Правовое поведение: норма и патология. — М.: Наука, 1982. — 287 с.
- Кудрявцев И. А., Пулькин Б. В. О диссимуляции больных приступообразной шизофренией в условиях судебно-психиатрической экспертизы//Шизофрения и алкоголизм. — Ташкент, 1978. — С. 302—307.
- Кузнецова Н. Ф. Проблемы криминологической детерминации. — М.: Изд-во МГУ, 1984 — 208 с.
- Кулагин И. Д. Психические нарушения при хронической интоксикации гашишем//Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии. — Куйбышев, 1962. — с. 106—109.
- Лебединская К. С. Клиническая систематика задержки психического развития//Журн. невропатол. и психиатр. — 1980. — Т. 80. — Вып. 3. — С. 407—412.
- Литвинцева М. С., Парфентьева О. В., Яхимович Л. А. Деонтологический аспект судебно-психиатрического освидетельствования потерпевших//Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно-психиатрической практике — М., 1982. — С. 36—42.
- Лукомская М. И. Значение психогенных факторов при паранойальном развитии личности //Психогенные (реактивные) заболевания — М., 1979 — Вып. 1. — С. 61—63.
- Лукомский И. И. Психические изменения при клещевом энцефалите. — М.: АМН СССР 1948 — 96 с.
- Луц Д. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний//Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1955. — С. 94—103.
- Луц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии — М.: Медицина, 1966. — 235 с.
- Метелица Ю. Л. Особенности комплексной судебно-психиатрической и судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений, повлекших нарушения психики//Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического поражения головного мозга. — М., 1982 — С. 150—156.
- Морозов В. М., Наджаров Р. А. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр. — 1956. — 56. — Вып. 12 — С. 937—941.
- Морозов Г. В. Ступорозные состояния. — М.: Медицина, 1968. — 239 с.
- Морозов Г. В. О задачах судебной психиатрии по предупреждению общественно опасных действий психически больных//Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1974. — С. 3—9.
- Морозов Г. В., Кудрявцев И. А. О патоморфозе реактивных психозов//Журн. невропатол. и психиатр — 1979. — Т. 79. — Вып. 9. — С. 1356—1361.
- Морозов Г. В. О патоморфозе некоторых форм психических заболеваний//Вопросы психоневрологии. — Баку, 1982. — Вып. 9. — С. 23—29.
- Морозов Г. В., Шостакович Б. В. Клинико-социальный подход к современной синдромологии психогенных расстройств//Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно-психиатрической практике. — М., 1982. — С. 3—14.
- Морозов Г. В., Печерникова Т. П., Шостакович Б. В. Методологические проблемы вменяемости-невменяемости//Проблемы вменяемости в судебной психиатрии — М., 1983. — С. 3—10.
- Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Морфинизм. — М.: Медицина, 1984. — 173 с.
- Морозов Г. В. Проблема причинности в психиатрии//Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии — М., 1984. — С. 3—8.
- Наджаров Р. А., Цуцурьковская М. Я., Концевой В. А. и др. К проблеме

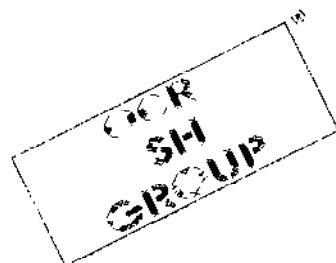
- систематики шизофрении в свете современных клинико-катамнестических, эпидемиологических и клинико-генеалогических данных//Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — Т. 85. — Вып. 1. — С. 66—78.
- Наку А. Г., Опря Н. А., Ревенко М. Г.* Клиника некоторых вариантов динамики психопатий. — Кишинев: Штиинца, 1976. — 114 с.
- Оганесян В. О.* О взаимосвязи гашишизма и шизофрении//Материалы 48-й научной сессии Ереванск. мед. ин-та. — Ереван, 1971. — С. 397—399.
- Осипов В. П.* Курс общего учения о душевных болезнях — Берлин, 1923. — 738 с.
- Осипов В. П.* Руководство по психиатрии. — М — Л.: Госиздат, 1931. — 596 с.
- Остришко В. В.* К вопросу о дифференциальной диагностике патологического аффекта//Кратковременные психотические расстройства в судебно-психиатрической практике. — М., 1983. — С. 51—61.
- Парфентьева О. В.* О судебно-психиатрической экспертизе потерпевших страдающих олигофренией//Суд-мед эксперт — 1978 — № 2 — С. 39—43
- Печерникова Т. П., Шостакович Б. В.* О судебно-психиатрической оценке психопатий//Судебно-психиатрическая экспертиза. — М., 1977. — Вып. 28. — С. 3—8.
- Печерникова Т. П., Шостакович Б. В.* Дискуссионные вопросы вменяемости при шизофрении//Шизофрения: (Судебно-психиатрический аспект). — М., 1983 — С. 20—28.
- Печерникова Т. П., Гульдин В. В., Остришко В. В.* Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей (Методические рекомендации). — М., 1983 — 19 с.
- Печерникова Т. П., Гульдин В. В.* Актуальные вопросы комплексной психолого-психиатрической экспертизы//Психол журн — 1985 — Т. 6, № 1 — С. 96—104.
- Полднякова С. П.* Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическое значение алкогольных параноидов. — М.: Медицина, 1978 — 189 с.
- Портнов А. А., Пятницкая И. И.* Клиника алкоголизма — Л. Медицина, 1973 — 390 с.
- Психиатрия*/О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров и др. Учебник для студентов мед. институтов. — М.: Медицина, 1968 — 448 с.
- Руководство по судебной психиатрии*/Под ред. Г. В. Морозова — М., Медицина, 1977 — 400 с.
- Руководство по психиатрии* Т. 1 — 2/Под ред. А. В. Снежневского — М.: Медицина, 1983 — Т. 1 — 480 с., Т. 2 — 544 с.
- Руководство по психотерапии*/Под ред. В. Е. Рожнова — Ташкент: Медицина, 1985 — 719 с.
- Свириновский Я. Е., Харитонова Н. К., Гусакова З. С.* Распознавание и судебно-психиатрическая оценка ситуационных реакций//Проблемы вменяемости в судебной психиатрии — М., 1983 — С. 121—129
- Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. — М.: Медгиз, 1960 — 254 с.
- Селье Г.* Стресс без дистресса — М.: Прогресс, 1982 — 128 с.
- Сербский В. П.* Судебная психопатология — Вып. 1. Законодательство о душевнобольных. — М., 1895 — 224 с.
- Сербский В. П.* Психиатрия. Руководство к изучению душевных болезней — М., 1912 — 654 с.
- Современное состояние проблемы дееспособности психически больных*/В. Г. Василевский, М. М. Горева, В. В. Горинев и др. //7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров (Тез. докл.) — М., 1981. — Т. 3 — С. 312—315
- Стрельчук И. В.* Клиника и лечение наркоманий — М.: Медгиз, 1956 — 346 с.
- Стрельчук И. В.* Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — М., 1973. — 384 с.
- Судебная психиатрия. Руководство для врачей*/Под ред. Ц. М. Фейнберг — М.: Медгиз, 1950 — 416 с.



- Судебная психиатрия: Учебник для юридических вузов*/Э. А. Бабаян, В. П. Белов, И. Н. Боброва и др. — 4-е изд. — М.: Юрид. лит., 1986. — 336 с.
- Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста — М., 1955. — Т. 1. — 458 с.; 1959. — Т. 2. — 406 с.; 1965. — Т. 3. — 335 с.
- Трифонов Б. А.* О патоморфозе соматогенных психических заболеваний//Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях. — М., 1979 — С. 361—365.
- Ураков И. Г., Куликов В. В.* Хронический алкоголизм. — М.: Медицина, 1977. — 167 с.
- Фелинская Н. И.* Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике — М.: Медицина, 1968 — 292 с.
- Фелинская Н. И., Пелипас В. Е.* О формах симуляции и принципах ее распознавания//Практика судебно-психиатрической экспертизы — М., 1975 — Сб. 25. — С. 3—12.
- Фелинская Н. И.* О патоморфозе реактивных психозов//Судебно-психиатрическая экспертиза. — М., 1976 — Сб. 27. — С. 3—8.
- Фелинская Н. И.* О патоморфозе клинических форм психопатий//Журн. невропатол. и психиатр. — 1979 — Т. 79 — Вып. 11. — С. 1544—1549
- Фелинская Н. И.* Современное учение о реактивных состояниях и узловые вопросы этой проблемы: (Критический обзор)//Журн. невропатол. и психиатр. — 1980 — Т. 80. — Вып. 11. — С. 1717—1729
- Фрейеров О. Е.* Легкие степени олигофрении (дебильность). — М. Медицина 1964 — 224 с.
- Холодковская Е. М.* Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике — М.: Медицина — 1967. — 111 с.
- Хохлов Л. К.* О патоморфозе психических заболеваний//Журн. невропатол. и психиатр. — 1977. — Т. 77 — Вып. 1. — С. 67—72
- Числов А. В.* Диспансерное наблюдение за больными шизофренией, совершившими общественно опасные действия//Шизофрения (Судебно-психиатрический аспект). — М., 1983 — С. 87—95
- Чудновский С. В.* Диссимуляция при параноидальных состояниях в условиях принудительного лечения//Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения — М., 1984 — С. 109—119
- Чуркин А. А., Трифонов О. С.* Психиатрическая помощь детям и подросткам в СССР: задачи и проблемы//Журн. невропатол. и психиатр. — 1980 — Т. 80 — Вып. 10 — С. 1571—1573
- Шишков С. И.* Предмет судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе//Судебно-психиатрическая экспертиза — М., 1981 № 36 — С. 118—121.
- Шостакович Б. В., Гульдан В. В., Литвинцева М. С.* Клинические и психологические особенности мотивации поведения больных шизофренией//Вопр. психол. — 1977 — № 1 — С. 144—146
- Шостакович Б. В.* Актуальные проблемы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе//Судебно-психиатрическая экспертиза (Вопросы дееспособности психически больных) — М., 1980 — № 34. — С. 3—10
- Шостакович Б. В.* Проблема динамики психопатий и судебно-психиатрическое значение динамических состояний психопатических личностей//Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике — 1982 — С. 3—9
- Шостакович Б. В.* Принудительное лечение и реабилитация больных, совершивших общественно опасные действия//Новое в теории и практике реабилитации психически больных. — Л., 1985. — С. 140—143.
- Штернберг Э. Я.* Клиника деменций престарелого возраста. — Л. Медицина, 1967 — 247 с.
- Шумаков В. М., Соколова Е. Д., Свириновский Я. Е.* О клинических критериях общественной опасности больных шизофренией: (Синдромы с преобладанием бредовых и галлюцинаторных расстройств)//Журн. невропатол. и психиатр. — 1981. — Т. 82. — Вып. 8. — С. 1218—1225.
- Эпилепсия и функциональные состояния*/Р. Г. Бибауришвили, А. М. Вейн, Б. Г. Гафиров и др. — Ташкент: Медицина. — 1985 — 239 с.

- Aging in modern society.*//Ed by A. Simon & L. J. Epstein. Amer. Psychiat. Ass. (Psychiatric research reports N 23). — Washington. — 1968. — 248 p.
- Benon R.* L'appoint alcoolique en pathologie mentale//Clinique (Paris) — 1931 — Vol. 26 — P. 123.
- Binder H.* Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen//Psychiatrie der Gegenwart./Hrsg von H W. Gruhle (u a.). — Berlin, 1960. — Bd 2 — S. 180—202
- Birnbaum K.* Die psychoreaktiven (psychogenen) Symptombildungen//Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Allgem — Berlin, 1928. — C. 2. — S. 92—133.
- Birnbaum K.* Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrechrekunde — 2-te Aufl — Berlin: Springer, 1931. — 304 S.
- Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatrie. — 3-te Aufl — Berlin: Springer, 1920 — 539 S.
- (*Bleuler E.*) Блейлер Э. Руководство по психиатрии: Пер. с нем. — Берлин: Врач, 1920. — 538 с
- Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatrie. — 14-te Aufl neubearb von M. Bleuler/unter Mitwirkung von J Angst u. a /. — Berlin, Heidelberg — New York: Springer, 1979 — 706 S.
- Bleuler M.* Schizophreniartige Psychosen und Atiologie der Schizophrenie//Schweiz med Wschr — 1962. — Bd 92 — S 1641—1647.
- Bonhoeffer K.* Die alkoholischen Geistesstörungen//Deutsche Klinik. — 1905. — Bd 6. — S. 511—540.
- Bonhoeffer K.* Die symptomatischen Psychosen in Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. — Leipzig u Wien. F. Deuticke, 1910. — 139 S.
- Bostroem A.* Die Luespsychosen//Handbuch der Geisteskrankheiten/Hrsg von O. Bumke. — Berlin: Springer, 1930 — S 70—144
- Cieslaw M., Spett M., Walter W.* Psychiatria w procese karnym — Warszawa, 1977 — 553 S
- Ciampi L.* The natural history of schizophrenia in the long term//Brit. J. Psychiat. — 1980. Vol. 35. — N 5. — P 413—420.
- Claude H.* Psychiatrie médico-légale. — Paris, 1932. — 299 p.
- Клиническая психиатрия*/Под ред. Г. Груле, Р. Юнга и др.: Пер. с нем — М.: Медицина, 1967. — 832 с
- Cramer A.* Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches//Mschr. Psychiat Neurol — 1903. — Bd 13 — S. 56—61.
- Дончев П.* Прогнозирование общественной опасности психически больных//Проблемы общей и судебной психиатрии. — М., 1981. — С. 207—210.
- Dupré E.* Le puérilisme mental//Rev Neurol. — 1903. — Vol. 16 — P. 861—863.
- Endo M., Daiguji M., Asono Y et al* Periodic psychosis recurring in association with menstrual cycle//J Clin. Psychiatr. — 1978 — Vol. 39. — N 5 — P. 456—466.
- Ey H., Bernard P., Brisset Ch.* Manuel de Psychiatrie. — Paris: Masson — 1970 — 1211 p.
- Ganser S.* Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande//Arch Psychiatr — 1904. — Bd 38 — S 34—46.
- Garnier P.* La folie à Paris la progression correlative de la folie alcoolique et de paralyse générale//Ann. hyg. (Paris) — 1890. — Vol. 3. — P. 5—44.
- Gibbens T.* Le criminologue clinicien: son rôle d'expert et sa contribution actuelle — Montreal, 1973. — 36 p.
- Grösbüsch G.* Die Affekttat. Sozialpsychologische Aspekte der Schuldfähigkeit. — Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1981. — 110 S
- Gruhle H. W.* Grundriss der Psychiatrie — Berlin: Springer, 1943. — 179 S.
- Handbuch der forensischen Psychiatrie* — Berlin — Heidelberg — New York: Springer, 1972. — Bd 2. — 1693 S.
- Hoff H.* Lehrbuch der Psychiatrie. — Basel: Schwabe, 1956. — Bd 2. — 561 S.
- Jallade S., Marie-Cardine N.* Déséquilibre psychique et personnalités psychopathiques//Cah. Med. Lyon — 1967. — Vol. 43. — N 30. — P. 2787—2828.

- Janzarik W.* Die «Paranoia (Gaupp)»//Arch Psychiat. Nervenkr. — 1949. — Bd 183, H. 3. — S. 328—382.
- Jaspers K.* Kausale und «verständliche» Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie)//Z. ges. Neurol. Psychiat — 1912—1913. — Bd 14. — H. 2 — S 158—263
- (*Krafft-Ebing R.*) *Крафт-Эбинг Р.* Судебная психопатология: Пер. с нем. Спб.: Риккер, 1895. — 622 с.
- Kretschmer E.* Medizinische Psychologie. — Stuttgart: Thieme, 1956. — 382 S
- Kretschmer W.* Reifung als Grund von Krise und Psychose Untersuchung zum psychiatrischen Entwicklungsgedanken. — Stuttgart: Thieme, 1972 — 143 S.
- Lammel M.* Zur Psychopathologie und Prognose von Generationenpsychosen //Psychiat. Neurol. med. Psychol — 1984 — Bd 36. — H. 6. — S. 340—346.
- Leferenz H.* Die Beurteilung der Glaubwürdigkeit//Handbuch der forensischen Psychiatrie — Berlin — Heidelberg — New York: Springer, 1972 — Bd 2. — S 1314—1343
- McCabe M. S.* Reactive psychosis //Acta psychiat scand., 1975. — Suppl. 259. — 133 p.
- Милев В., Пенева М., Щърбанов Б.* Психические расстройства как «телесные повреждения» в юриспруденции//2-я национальная конференция в СНРБ. — Ловеч, 1977. — С. 43—44.
- Muller I.* Rheumatismus als Ursache von symptomatischen Psychosen — München, 1969 — 12 S
- (*Parhon-Stefănescu C.*) *Пархон-Стефанеску К.* Психиатрия старческого возраста//Журн. невропатол. и психиатр. — 1959. — Т. 59. — Вып. 11. — С. 1281—1289.
- Petrilowitsch N.* Abnorme Persönlichkeiten. — Basel — New York: Thieme, 1960. — 178 S.
- Pinatel J., Bouzat P.* Traité de droit pénal et de criminologie. — Dalloz, 1975. — Vol. 3 — 158 p
- Рачев А.* Нарушения психики как «телесное повреждение» согласно Болгарскому Уголовному Кодексу//Судебно-психиатрическая экспертиза (вопросы дееспособности психически больных). — М., 1980. — С. 39—46.
- Raecke J.* Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen//Allg Z. Psychiat. — 1901 — Bd 58. — H 2/3 — S 409—446.
- Reid W.* The sadness of the Psychopath //Amer. J. Psychother — 1978. — Bd 32 — H 4. — S. 496—509
- Schipkowensky N.* Phänomenologische Ähnlichkeit reaktiver Prozesspsychosen//Wien. Z Nervenheilk. — 1962. — Bd 20. — H. 1—3. — S. 178—187
- Schneider K.* Psychopathic personalities. — Springfield—Illinois. Thomas, 1958. — 163 p.
- Schneider K.* Klinische Psychopathologie — Stuttgart: Thieme, 1962. — 170 S.
- Стоименов И., Рачев И.* Основи на съдебно-психиатричната теория и практика. — София: Медицина и физкультура, 1979. — 257 с.
- Walther-Büel H.* Die Psychiatrie der Hirngeschwülste und die cerebralen Grundlagen psychischer Vorgänge — Wien: Springer, 1951 — 226 S.
- Watts C. A.* A long-term follow-up of schizophrenic patients: 1946—1983//J Clin. Psychiat. — 1985. — Vol 46 — N 6 — P. 210—216.
- Weitbrecht H. J.* Affektive Psychosen//Schweiz. Arch Neurol. Psychiat — 1954 — Bd 73 — H 1/2 — S 379—389
- Wieck H. H.* Zur Klinikstellung des Durchgangs-Syndrom//Schweiz./Arch. Neurol. Psychiat — 1961. — Bd 88. — H 2. — S. 409—419.
- Winokur G., Clayton P. J., Reich Th.* Manic depressive illness. — St Louis: Mosby, 1969 — 186 p



**FORENSIC PSYCHIATRY (Physician's manual)**

Ed. by G. V. Morozov

2-nd revised and updated edition

Moscow, Meditsina, 1988, 400 pp.

The manual presents general theoretical and administrative aspects of forensic psychiatry covering the problems of insanity and incapacity, specific features of defendant, convict, witness and victim examination, analysis of forensic psychiatric examination types, its significance for civil law, role of medical measures in prevention of socially dangerous behaviour of psychic patients. It describes common forms of psychic diseases and their forensic psychiatric evaluation. Second edition (the first one came out in 1977) is considerably revised and updated with new materials on alcoholism, narcomania and toxicomania, symptomatic psychosis, psychopathy, dissimulation of psychic disorders, forensic psychiatric examination of juveniles etc.



# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3
-----------------------	---

## РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ

### ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

<b>Глава 1. Предмет и задачи судебной психиатрии.</b> <i>Г. В. Морозов</i>	5
<b>Глава 2. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы.</b> <i>Г. В. Морозов</i>	10
Назначение судебно-психиатрической экспертизы . . . . .	10
Проведение судебно-психиатрической экспертизы . . . . .	15
Права и обязанности экспертов . . . . .	15
Виды судебно-психиатрической экспертизы . . . . .	18
Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следственными органами и судом . . . . .	25
<b>Глава 3. Проблема невменяемости.</b> <i>Г. В. Морозов</i>	31
Теоретические аспекты проблемы невменяемости . . . . .	31
Формула невменяемости и основные вопросы судебно-психиатрической экспертизы . . . . .	34
Судебно-психиатрическое значение патоморфоза некоторых психических заболеваний . . . . .	40
<b>Глава 4. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших.</b> <i>Б. В. Шостакович</i>	44
<b>Глава 5. Психиатрическое освидетельствование осужденных.</b> <i>Т. П. Печерникова</i>	52
Психиатрическая помощь осужденным с психическими отклонениями, препятствующими отбыванию наказания . . . . .	52
Психиатрическая помощь осужденным с психическими отклонениями, не препятствующими отбыванию наказания . . . . .	55
<b>Глава 6. Меры медицинского характера по предупреждению общественно опасных действий психически больных.</b> <i>Г. В. Морозов</i>	56
Общественно опасные действия психически больных . . . . .	56
Профилактические мероприятия органов здравоохранения в отношении общественно опасных действий психически больных . . . . .	61
Меры медицинского характера, применяемые в отношении невменяемых . . . . .	63
Меры медицинского характера в отношении лиц, заболевших душевной болезнью после совершения опасного действия . . . . .	68
<b>Глава 7. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.</b> <i>И. Н. Боброва</i>	70
Понятия правоспособности, дееспособности, недееспособности . . . . .	70
Понятия недееспособности и невменяемости и их различие . . . . .	73
Недееспособность и опека . . . . .	74

Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе	75
Вопросы, подлежащие рассмотрению судебно-психиатрической экспертизой в гражданском процессе	77
Некоторые общие принципы судебно-психиатрической оценки при производстве по гражданским делам	81
Судебно-психиатрические заключения при различных психических заболеваниях	82
<b>Глава 8. Судебные комплексные экспертизы. Т. П. Печерникова</b>	85
Судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза	86
Комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза	92

## РАЗДЕЛ ВТОРОЙ

### ЧАСТНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ (КЛИНИКА И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ)

<b>Глава 9. Шизофрения. Г. В. Морозов</b>	96
Краткие исторические сведения	96
Клинические проявления	98
Клиника начальных проявлений шизофрении	98
Формы течения шизофрении	101
Понятие ремиссии и дефекта	110
Патоморфоз шизофрении	111
Дифференциальная диагностика	112
Вопросы этиологии и патогенеза	115
Лечение	116
Судебно-психиатрическая оценка	118
<b>Глава 10. Маниакально-депрессивный психоз. Ю. А. Ильинский</b>	123
Клинические проявления	123
Дифференциальная диагностика	126
Лечение и профилактика	127
Судебно-психиатрическая оценка	128
<b>Глава 11. Эпилепсия. Г. В. Морозов</b>	129
Клинические проявления	130
Дифференциальная диагностика	138
Лечение	139
Судебно-психиатрическая оценка	140
<b>Глава 12. Травмы головного мозга. В. П. Белов</b>	146
Клинические проявления травматического поражения головного мозга и их судебно-психиатрическая оценка	147
Дифференциальная диагностика	161
Вопросы этиологии, патогенеза и патоморфологии	163
Лечение	165
<b>Глава 13. Сосудистые заболевания головного мозга. Т. П. Печерникова</b>	167
Атеросклероз	167
Гипертоническая болезнь	173
Лечение	175
Судебно-психиатрическая оценка	176
<b>Глава 14. Психозы в предстарческом и старческом возрасте. Н. М. Жариков</b>	180
Пресенильные психозы	180
Сенильные психозы	184

Лечение	186
Судебно-психиатрическая оценка	186
<b>Глава 15. Энцефалиты. Ю. А. Ильинский</b>	188
Клинические проявления	188
Дифференциальная диагностика	191
Лечение	192
Судебно-психиатрическая оценка	193
<b>Глава 16. Нейросифилис. Ю. А. Ильинский</b>	194
Сифилис мозга	195
Прогрессивный паралич	198
<b>Глава 17. Симптоматические психозы. И. Н. Боброва</b>	201
Клинические проявления	201
Дифференциальная диагностика	208
Лечение	209
Судебно-психиатрическая оценка	210
<b>Глава 18. Судебно-психиатрическая экспертиза простого алкогольного и патологического опьянения. А. К. Качаев</b>	211
Простое алкогольное опьянение	211
Патологическое опьянение	213
Дифференциальная диагностика	218
Вопросы этиологии и патогенеза	220
Судебно-психиатрическая оценка	220
<b>Глава 19. Алкоголизм и алкогольные психозы. Н. Н. Иванец</b>	222
Клинические проявления алкоголизма	222
Клиника алкогольных психозов	232
Вопросы патогенеза алкоголизма	237
Лечение алкоголизма	239
Лечение алкогольных психозов	246
Судебно-психиатрическая оценка при алкоголизме и алкогольных психозах	247
<b>Глава 20. Наркомании и токсикомании. А. К. Качаев</b>	248
Наркомании	248
Токсикомании	253
Судебно-психиатрическая оценка	255
<b>Глава 21. Олигофрении. Б. В. Шостакович</b>	256
Клинические проявления	257
Диагностика и дифференциальная диагностика	264
Вопросы этиологии и патогенеза	265
Судебно-психиатрическая оценка	266
<b>Глава 22. Психопатии. Б. В. Шостакович</b>	271
Краткие исторические сведения	271
Распространенность	273
Клинические проявления	274
Классификация психопатий	274
Клинические особенности основных форм психопатий	277
Акцентуации характера	283
Динамика психопатий	283
Расстройства влечений при психопатиях	293
Особенности мышления и мотивации поведения при психопатиях	295
Дифференциальная диагностика	298
Вопросы этиологии и патогенеза	300
Лечение	302
Судебно-психиатрическое значение	303
Судебно-психиатрическая оценка	305

<b>Глава 23. Реактивные состояния.</b> <i>К. Л. Иммерман</i>	307
Краткие исторические сведения	308
Клинические проявления и дифференциальная диагностика	310
Неврозы	310
Реактивные психозы	315
Острые шоковые реактивные психозы	315
Подострые реактивные психозы	316
Затяжные реактивные психозы	330
Вопросы этиологии и патогенеза	333
Лечение	335
Судебно-психиатрическая оценка	338
<b>Глава 24. Исключительные состояния.</b> <i>Г. В. Морозов</i>	340
Краткие исторические сведения	341
Клинические проявления	342
Диагностика исключительных состояний	350
Судебно-психиатрическая оценка	352
<b>Глава 25. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.</b> <i>В. А. Гурьева</i>	353
Подростковые психопатологические синдромы и их судебно-психиатрическое значение	355
Возрастные особенности клиники и судебно-психиатрическая оценка отдельных нозологических форм	361
<b>Глава 26. Симуляция и диссимуляция психических расстройств.</b> <i>И. Н. Боброва</i>	369
Симуляция	369
Формы и способы симуляции	369
Распознавание симуляции	380
Диссимуляция	383
Формы и способы диссимуляции	383
Распознавание диссимуляции	384
Судебно-психиатрическая оценка	385
Список литературы	388

## Практическое руководство

**Георгий Васильевич Морозов,  
Виктор Петрович Белов,  
Инна Николаевна Боброва и др.**

## СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Руководство для врачей

Зав редакцией **А. Р. Ананьева**. Редактор **Т. Б. Дмитриева**. Редактор издательства **О. П. Зубарева**. Художественный редактор **В. Ф. Киселев**. Оформление художника **А. С. Гейнца**. Технический редактор **Н. В. Сорокина**. Корректор **Т. А. Кузьмина**

Сдано в набор 22.07.87. Подписано к печати 20.11.87. Т-17754. Формат бумаги 60×90. Бумага кн.-журн. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 25,0. Усл. кр.-отт. 25,0. Уч.-изд. л. 29,34. Тираж 20 000 экз. Заказ 1203. Цена 1 р. 80 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», 101000 Москва, Петровский пер., 6/8

Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательства, полиграфии и книжной торговли, 113105, Москва, Патагивская ул., д. 1