

щим специалистом в стране. Научные труды Т.П.Печерниковой включают практически все основные проблемы судебной психиатрии, поэтому тематика сборника весьма разнообразна.

Открывает книгу конспект лекции Т.П.Печерниковой об особенностях проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, которую она читала слушателям системы последиplomного профессионального образования. Это наглядно открывает одну из граней таланта Тамары Павловны — как педагога и наставника. Здесь же приведён список трудов Т.П.Печерниковой, по всей видимости, неполный, его удалось составить по разрозненным спискам и библиотечным карточкам.

Далее представлены как клиничко-теоретические работы и статьи, затрагивающие общеклинические и общеметодологические аспекты (Ф.В.Кондратьев, В.В.Горинов и соавт., Ф.С.Сафуанов, А.Ю.Березанцев и др.), так и работы, затрагивающие частные актуальные проблемы судебной психиатрии, комплексные судебно-психиатрические экспертизы (А.А.Ткаченко и др.), экспертизы в гражданском процессе (Е.В.Королёва и др.), проблемы судебно-психиатрической профилактики (А.С.Дмитриев и др.). Особо приятно отметить участие в сборнике наших зарубежных коллег, что свидетельствует о широкой известности Тамары Павловны как ученого и специалиста на всём пространстве бывшего Советского Союза.

Надеемся, что нам удалось составить у читателей представление о вкладе Т.П. Печерниковой в общую и судебную психиатрию. Образ крупного ученого, глубокого клинициста, мудрого требовательного наставника, надежного доброго друга навсегда сохранится в сердцах тех, кто знал Тамару Павловну.

Академик РАМН, проф. Т.Б.Дмитриева

ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава»

**КЛИНИЧЕСКАЯ И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ
В НАУЧНОМ НАСЛЕДИИ
ПРОФЕССОРА Т. П. ПЕЧЕРНИКОВОЙ**

**Под редакцией
академика РАМН Т. Б. Дмитриевой
доктора медицинских наук А. Ю. Березанцева**

Москва — 2009

Д53 **Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой** // Сборник научных работ / Под редакцией академика РАМН Т. Б. Дмитриевой и доктора медицинских наук А. Ю. Березанцева — М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. — 216 с.

В сборник, посвященный памяти профессора Т. П. Печерниковой, вошли работы её коллег и учеников. В них отражены различные проблемы клинической и судебной психиатрии, которые в той или иной степени разрабатывались в трудах Тамары Павловны на протяжении её более чем полувековой деятельности в стенах Центра им. В. П. Сербского.

ББК 56.14

ISBN

© Группа авторов, 2009
© ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сборник посвящен видному отечественному психиатру Тамаре Павловне Печерниковой (11.02.1927 — 16.08.2007). Участие в его издании приняли ученики и коллеги Тамары Павловны, имевшие с ней тесные творческие и научные контакты. Т.П.Печерникова прошла путь от врача-ординатора до крупного ученого, непревзойденного клинициста, чей авторитет как судебного психиатра был непререкаем.

Практически вся профессиональная деятельность Т.П.Печерниковой связана с Центром им. В.П.Сербского, где она сначала училась в аспирантуре, а затем работала с 1951 г. до последних дней своей жизни. После окончания в 1949 г. Крымского медицинского института в г.Симферополе Тамара Павловна около двух лет работала в должности врача-ординатора в Костромской психиатрической больнице. Примечательно, что в тот же период главным врачом больницы был выдающийся отечественный психиатр А.В.Снежневский, который вскоре на короткое время (1950-1951) стал директором Центрального научно-исследовательского института судебной психиатрии им. В.П.Сербского. Именно при нём, в 1951 г., Тамара Павловна поступила в аспирантуру и в 1955 г. под руководством доцента А.М.Дубинина защитила кандидатскую диссертацию в Центральном институте усовершенствования врачей. А.В.Снежневский в это время был там заведующим кафедрой психиатрии и его, таким образом, можно считать одним из её учителей. В 1969 г. Т.П.Печерникова защитила докторскую диссертацию, посвященную проблеме шизопараноидальных состояний (научный консультант профессор Н.И.Фелинская). В Центре им. В.П.Сербского Т.П.Печерникова работала в качестве старшего научного сотрудника, руководителя различных научных подразделений. Длительное время (1986-2003 гг.) она была бессменным руководителем отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, где вырастила целое поколение специалистов в области судебной психиатрии. Под руководством Т.П.Печерниковой защищены 22 кандидатские диссертации, она была консультантом двух докторских работ. Деятельность Т.П.Печерниковой отмечена правительственными наградами.

Научные интересы Т.П.Печерниковой были весьма обширны и касались прежде всего различных аспектов судебной психиатрии. Научное творчество Тамары Павловны всегда отличалось ясностью теоретических позиций, глубиной охвата проблем. В процессе своей научной деятельности, начав изучение параноидальных состояний, она постоянно возвращалась к этой теме и, несомненно, стала в данной области веду-

решить амбулаторно. Пишется небольшое по объему заключение, в котором указывается на неполноту материалов дела и невозможность решить поставленные перед экспертами вопросы, и в конце заключения перечисляются, какие дополнительные данные необходимо собрать органу, определением которого назначена экспертиза, либо направляется письмо с просьбой опросить свидетелей, получить дополнительные сведения.

6. Наконец существуют сложные случаи, которые можно проводить только амбулаторно. Это **СПЭ свидетелей и потерпевших**. Каким бы ни был сложным в клиническом плане случай, у нас нет никакой правовой базы положить этого пациента в стационар. Всех их необходимо освидетельствовать амбулаторно. Поэтому что бы мы им ни предложили — общий психиатрический стационар, санаторное, полусанаторное отделение, но если пациент говорит «нет» — ничего сделать нельзя. Не было ни одного случая, когда бы соглашались на стационарное освидетельствование — сами испытуемые против, их родственники также против. Какой может быть выход? Вызывать 2-3 раза. Приглашать психолога, работать с испытуемым, если есть рядом необходимая база (психиатрический стационар, диспансер), проводить необходимые исследования.

7. И, наконец, мы смотрим амбулаторно **всех тяжелых соматически больных**. Постинсультные, онкологические лежачие больные — их стараемся в стационар не класть, а проводить амбулаторно. Также больных с туберкулезом, поскольку для их освидетельствования необходима соответствующая база — специальное отделение, отдельная посуда, дополнительная оплата персоналу. В судебной психиатрии отдельно организационно выделено только принудительное лечение психически больных с туберкулезом на базе Орловской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением, по современной терминологии.

Судебно-психиатрическое освидетельствование подобных пациентов иногда представляет почти непреодолимые трудности. Пациента привозят из мест лишения свободы, он там заболел туберкулезом, пациент в состоянии интоксикации, материалы дела бывают неполные, тем не менее мы вынуждены их решать амбулаторно. В таких случаях иногда направляем подэкспертных на принудительное лечение до выхода из указанного состояния с последующим решением диагностических и экспертных вопросов. Устанавливаем диагноз соматогенного расстройства, реактивного состояния, в надежде, что его там подлечат и он вернется уже в лучшем состоянии. Но часто такие пациенты и не возвращаются на повторную экспертизу — возможно, погибают от своего тяжелого заболевания. Иногда бывают совсем нестандартные ситуации. Был случай, когда поступил испытуемый из одного из крупных областных центров. Пациент — вор, трижды был на принудительном лечении, продолжал воровать, в очередной раз залез в квартиру, его поймали. Терпение у всех лопнуло и его направили в Центр для «снятия диагноза» шизофрении. Пациент дефектный, без активной психопродуктивной симптома-

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ (лекция)*

Т.П.Печерникова

Здравствуйтесь, уважаемые коллеги! Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза (АСПЭ) является самым распространенным видом экспертизы как у нас, так и за рубежом. Достаточно сказать, что у нас от 70 до 80% всех экспертиз — амбулаторные. За рубежом этот процент еще выше — более 90%. С чем связан такой большой процент амбулаторных экспертиз? Во-первых, экономическая сторона. Каждый стационар — это очень дорогое удовольствие — это и охрана, медперсонал, питание, лаборатории, лекарства и т.д. Амбулаторные СПЭ — более дешевый вид: нужен эксперт, необходимый набор исследований и один день для ее производства. Таким образом, дешевизна, быстрота и в то же время достаточная достоверность результатов. Результаты АСПЭ оспариваются не часто, не чаще чем результаты стационарных СПЭ, а если и оспариваются, то, как правило, по процессуальным соображениям.

В свое время, в 1982г. прокуратура СССР организовала проверку многих судебных экспертиз — там была и графическая, и медицинская, и бухгалтерская, и т.д., в том числе и судебно-психиатрическая. Они проверили много СПЭ по всей стране, комиссию возглавляла Миронова, известный в то время прокурор. По итогам проверки к СПЭ претензий, по существу, предъявлено не было, хотя в остальных областях проверки вскрыли серьезные нарушения. Судебные медики давали заключения, не вскрывая трупов и т.д., т.е. было много почти уголовных нарушений. Единственное замечание по судебно-психиатрической экспертизе — сроки, они оказались велики, в то время в Институт им. В.П.Сербского очередь на проведение стационарной СПЭ была 500 человек и 100-150 — в амбулатории. И тогда прокуратура предложила разработать показателя для амбулаторных и стационарных СПЭ с целью разгрузки стационара при сохранении высокого процента окончательных решений. И подобные показания выработаны были. И с ними должны быть знакомы все, кто имеет отношение к производству СПЭ, чтобы знать пределы своей компетенции.

1. Амбулаторно СПЭ можно проводить лицам **заведомо психически здоровым**, которые нигде никогда не лечились и нет никаких данных

* Лекция издается по конспекту А.Ю.Березанцева

о наличии у них психического расстройства. Есть одно показание, скорее социальное, нежели медицинское, но оно нигде не записано. Это лица заведомо здоровые, но совершившие тяжкое правонарушение, за которое в УК предусмотрена исключительная мера наказания (сейчас действует мораторий на смертную казнь, но тем не менее) или большие сроки наказания. Практически 100% подобных лиц проходят СПЭ. Это неписанный закон. В свое время были судебные ошибки, когда психически больные брали на себя чужую вину, т.е. совершили самооговор и понесли соответствующую кару, а экспертизы проведены не были. Потом эти дела поступали для проведения посмертной экспертизы. Эти случаи обычно проводят амбулаторно, если у данных лиц нет очевидных признаков психической патологии, а имеется только тяжкое правонарушение. Вместе с тем, как показывает практика, если лицом совершено более двух убийств, т.е. это так называемый серийный убийца, суд все равно затем назначает стационарную экспертизу. Экспертов вызывают в суд, и как бы они ни отстаивали свое мнение, что бы ни говорили, что здесь нет признаков психической болезни, суд, перестраховываясь, может назначить повторную стационарную экспертизу. Юристы в целом понимают нелепость подобного подхода, т.е. проводить обязательно стационарную СПЭ исходя только из тяжести совершенного правонарушения, но, тем не менее, совершенные судебные ошибки еще помнятся.

2. Амбулаторная СПЭ может быть проведена **заведомо душевнобольному**. Если имеется большое количество медицинской документации, которая свидетельствует о многократном стационарном пребывании с одним и тем же диагнозом и если Вы, осматривая пациента, тоже считаете, что он болен тем же заболеванием, которое описано в этой меддокументации, и нет диагностических расхождений с мнением предыдущих коллег, то амбулаторной экспертизы вполне достаточно. Мало-мальски грамотный суд, посмотрев диагнозы данного испытуемого в меддокументации и увидев, что все это отражено в заключении и диагностика совпадает, сочтет амбулаторное освидетельствование достаточным. Таким образом, заведомо психически больных также можно освидетельствовать амбулаторно, давая окончательное заключение о способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий. До указанного совещания, в прошлом была несколько иная тактика амбулаторных комиссий. Если речь шла о вменяемости испытуемого, то по нему давалось окончательное заключение, а если необходимо было решить вопрос о невменяемости, то его направляли на стационарную СПЭ. Сейчас, если эксперты убеждены в правильности своего диагностического и экспертного решения, то вполне достаточно амбулаторной СПЭ.

3. Амбулаторной СПЭ подлежат лица с **пограничной нервно-психической патологией** — это основная часть испытуемых, проходящих амбулаторную СПЭ. Это психопатии, резидуально-органические поражения головного мозга, неглубокие формы умственной отсталости, умеренно выраженный церебральный атеросклероз, алкоголизм — если есть

достаточная клиническая картина, имеется меддокументация, то можно решать амбулаторно. От чего я хочу предостеречь — мы с легкостью ставим пограничные диагнозы, но сейчас с появлением ст.22 УК, сказав «а», нужно сказать и «б». Поэтому при формулировке диагностики сейчас избегают писать «эмоциональная возбудимость», «аффективная неустойчивость», «резидуально-органическое поражение головного мозга без психических расстройств», «начальные формы атеросклероза», например, когда пациент отмечает субъективно ослабление памяти, а вы ничего не находите, поскольку адвокат тут же ставит вопрос: раз есть психическая патология, то почему это не уменьшенная вменяемость? Поэтому необходимо длинное обоснование: «эти расстройства незначительно выражены, не оказывают влияния на способность испытуемого осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими». Поэтому, может быть, следует избегать первичной диагностики этих расстройств, если для этого нет веских оснований и которые не имеют существенного значения для установления вменяемости. В то же время как быть, если в представленной меддокументации уже имеется подобная диагностика? Мы пишем «не страдает», а адвокат поднимает документы и там указывается, что у испытуемого имеется резидуально-органическое поражение головного мозга или легкая степень умственной отсталости. Таким образом, если не удастся избежать данного диагноза, то приходится обосновывать не только диагноз, но и то, почему здесь нет уменьшенной вменяемости и что испытуемый может понимать и руководить своими действиями в полной мере. Тем не менее подобные случаи можно решать амбулаторно, так как стационарная экспертиза ничего нового здесь не выявит.

5. Амбулаторная СПЭ обязана решать, за исключением отдельных случаев, **вопросы о психическом состоянии на момент совершения правонарушения**. Экспертизы, решающие подобные вопросы, проводятся иногда спустя значительное время после совершения правонарушения, в лучшем случае — недели, а бывают и годы. В таких случаях заключение целиком будет зависеть от данных материалов дела и целенаправленной психиатрической беседы. В подобных случаях стационар не имеет никаких преимуществ перед амбулаторной СПЭ, поскольку материалы дела, как правило, уже ничем новым не пополнятся, а провести целенаправленную беседу и поставить необходимые вопросы психиатр или психолог должны уметь и в условиях ограниченного времени в амбулаторных условиях. В тех случаях, когда речь идет о «временном болезненном расстройстве» психической деятельности на момент совершения правонарушения, о так называемых «исключительных состояниях», в стационар необходимо направлять, когда пациент нуждается в дополнительном обследовании, т.е. когда вы начинаете подозревать наличие органической «почвы», когда возникают предположения о патологическом очаге в головном мозге, о его локализации, эпилептической активности, т.е. когда нужны дополнительные исследования. Если имеется недостаточность в материалах дела, то эти вопросы тоже можно

ет 50%, есть комиссии, где этот процент достигает 70%. Они считают своей задачей функцию фильтра: «мы всех просмотрели, этих решили, а этих нет». Это неправильный подход, но сложившаяся практика часто определяет такой подход, поскольку часто амбулаторные комиссии находятся на базе следственных изоляторов и там у врача, кроме неврологического молоточка, другого дополнительного инструментария нет. Это указывает на то, что экспертные комиссии должны быть при психиатрических учреждениях, где есть необходимая база для обследования пациента. На базе Центра такая возможность есть, можно сделать и клинические анализы крови, сахар, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, испытуемого может посмотреть терапевт, невропатолог. Это первое условие.

В штате амбулаторной экспертизы должны быть свои психологи. Скажем, в штате амбулаторного отделения ГНЦ им. В.П.Сербского порядка 10 психологов и без дела они не сидят. Амбулаторная СПЭ ГНЦ проводит и комплексные экспертизы, если таковые назначены органами суда и следствия, и, если сложный случай, то с участием психолога, когда психолог не вводится в состав комиссии, но дает свое заключение, которое излагается после изложения психического статуса и используется для обоснования диагноза, вменяемости. Если все решать самостоятельно, то ошибки неизбежны. В ГНЦ даже есть невропатолог, который работает на амбулаторию в определенные дни, когда поступают на амбулаторную комиссию испытуемые.

Комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы (КСППЭ) могут проводиться всем испытуемым из перечисленных контингентов, которым показано проведение амбулаторной СПЭ. Соответственно, очерчивается круг решаемых экспертом-психологом вопросов, к ним относятся:

1. При КСППЭ взрослых обвиняемых исследуются их индивидуально-психологические особенности и аффективные реакции и состояния и их влияние на поведение испытуемого в интересующий следователя и суд момент;

2. При КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых по определению их способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий — проводится исследование их возрастных, индивидуально-психологических, эмоциональных особенностей;

3. При КСППЭ способности малолетних и несовершеннолетних свидетелей правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, психолог также оценивает их индивидуально-психологические особенности, сформированность восприятия, памяти, внушаемость, склонность к фантазированию.

4. При КСППЭ малолетних, несовершеннолетних по определению их способности понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление по делам о половых преступлениях, оценивается их осведомленность в вопросах пола и оцениваются их индивидуально-психологические особенности.

тики, но с активной формой туберкулёза. Освидетельствовать можно только амбулаторно. Пока он доехал по этапу до Москвы, пока ждал экспертизы (очередь), прошло больше месяца. Поступил в тяжелейшем состоянии, в интоксикации, с температурой 39. Было такое впечатление, что обратно он не доедет. Необходимо соблюдать принцип целесообразности: зачем ему нужно было снимать диагноз, когда неизвестно, дойдет ли дело до суда? Диагностически его можно было решать в стационаре, куда он поступал на принудительное лечение.

8. Через амбулаторную экспертную комиссию проходят все **посмертные экспертизы по гражданским и уголовным делам**. Фигуранта нет — все вопросы решаются по материалам дела.

Какие случаи не следует решать амбулаторно?

Существует практика предварительного просмотра дела. И можно сразу рекомендовать следователю направить испытуемого в стационар, чтобы он не делал лишнего захода на амбулаторную комиссию.

1. Чрезвычайно осторожно нужно относиться к **первичной диагностике шизофрении** в амбулаторных условиях, когда первичная беседа, изучение материалов дела дают основание предположить процесс. До 30% первичной диагностики шизофрении происходит при проведении СПЭ, но — пусть это будет стационар, поскольку возможны и диагностические промахи. Поскольку первичный контакт пациента с врачом при проведении СПЭ — это экстремальная ситуация, пациент может дать реакцию на направление его к психиатру. И его поведение, высказывания, симптоматика при более длительном наблюдении в условиях стационара могут расцениваться уже иначе.

2. **Вопросы о снятии диагноза шизофрении**. Если посмотреть истории болезни пациентов, которым был поставлен диагноз «Шизофрения» или снимался, то всегда имеются госпитализации по 2-3 месяца. И вдруг «пятиминутка», как говорят пациенты. Любой адвокат поставит вопрос, что это неправомерно. Нужно иметь уважение к мнению своих коллег, которые в прошлом устанавливали диагноз и его лечили. Иногда направляют подобного пациента в стационар, и там он так разворачивается в плане психопатологии, что уже ни у кого нет сомнений в диагностике, хотя при амбулаторном освидетельствовании вроде был здоровый.

3. **Признание больных шизофренией вменяемыми**. Даже если нет сомнений во вменяемости данного лица и, по мнению экспертов, стационар тоже признал бы его вменяемым, все равно пусть это сделает стационар, где он будет обследоваться 30 дней. Нужно и психологическое обследование и наблюдение в условиях стационара. Иначе бывает: решили амбулаторно, а потом пациент прибывает в суд и, наблюдая в судебном заседании за формой защитного поведения данного лица, эксперты начинают сомневаться, правильно ли они дали заключение о его вменяемости. Возможно, он так «собрался» и предстал сохранным. Довлеют и материалы дела, бытовая мотивация правонарушения, удовлет-

ворительная социальная адаптация пациента («торговать мог, ларьки коммерческие держал, на мерседесе ездил — конечно, вменяемый»). Для признания больного шизофренией вменяемым нужно три параметра — длительность, стойкость и чистота ремиссии. Нельзя признавать больного шизофренией вменяемым в первые два года после того, как отзвучал приступ шизофрении. Опыт показывает, что эти ремиссии нестойкие. Признав его вменяемым, мы можем сорвать становление ремиссии. Нельзя признавать вменяемыми больных с астеническим типом ремиссии, с «самокопанием», неуверенностью в себе, навязчивостями. Другое дело ремиссии по 10-15 лет.

4. Очень настороженно нужно относиться к установлению **симулятивного поведения в амбулаторных условиях**. Была работа, когда отслеживали катамнез лиц, у которых устанавливалось симулятивное поведение. Отслеживали в судах и после отбытия наказания. Оказалось, что некоторые симулянты (оказалось таких до 13%) продолжали «симулировать» в судебном процессе и во время отбывания наказания, и после отбытия наказания, и уже стояли на учете в ПНД с диагнозом «Шизофрения», а в архивах числились как симулянты. Что оказалось самым трудно распознаваемым? Для верификации клинического диагноза оказались случаи, где шло симулирование бредовых синдромов, особенно парафренных, так называемая конфабуляторная парафрения, где в структуре бредовых синдромов элементы фантазирования. Чем грубее была симптоматика, тем сложнее она была для распознавания. Если это симуляция, то усложнение синдрома не происходит, подэкспертный как попугай твердит одно и то же. Если это процессуальный больной, то он «развернется» в стационаре. Он даст интерпретации, разовьет фабулу. Могу привести наблюдение: два соседа жили в коммунальной квартире и очень враждовали. Ругались и угрожали друг другу. В конце концов, одного из них нашли зарубленным в кровати. Ни у кого не возникло сомнений, что это сделал второй сосед — все признаки на это указывали. Обвиняемому не была проведена экспертиза, а суд его вернул на экспертизу в Петербург. Они его посмотрели в стационаре, написали «симуляция» и отправили в суд. А симулировал он следующим образом, он говорил два слова: «татай-валяй». Ему в суде задают вопрос, а он — «татай-ляляй». Его снова вернули на экспертизу. «Грубая симуляция, ну кто из душевнобольных так себя ведет?» — решили эксперты и снова поставили симуляцию. Его направили в Институт им. В.П.Сербского. Он сажился перед экспертами, развалившись, нога на ногу, смотрел в лицо и говорил: «татай-ляляй». Идет в палату — общается с больными, приходит к врачам — такое же поведение. Бились, бились, когда же это закончится? Нелепое поведение, однообразное, непродуктивное. Ему прямо говорили, что, мол, хватит так себя вести, что, мол, ему не верим, а он все свое. Еще раз запросили следствие, чтобы осмотрели его комнату. Какие-нибудь письма, записки, дневники представить на экспертизу. Они ничего не нашли, но прислали интересную справку. Во-первых, из его комнаты в комнату соседа была просверлена дырка и вставлено стекло. И второе,

что у него нашли — большое количество шапочек, сделанных из фольги. Когда начали спрашивать его, зачем дырку просверлил, ответил: «я хотел знать, что делает мой враг». Ну и что он делает? «Когда его нет, все спокойно, а когда появляется, начинает работать аппаратура, которая начинает на меня воздействовать». То есть у пациента имелся развернутый синдром Кандинского, т.е. переживание постороннего воздействия на его мыслительные процессы и ощущения. Шапочками он спасался. И за это он соседа убил. Его спросили — что же ты раньше этого не говорил? Третий раз на экспертизе. Он ответил — «Я не хочу идти в тюрьму, ведь это все правда, что он на меня воздействовал, и кто бы мне поверил, что шапочкой можно защититься от этого». Это то, что называется сюрсимуляцией, о чем мы еще будем говорить. У него нет критики к своей болезни, но он симулирует, чтобы его признали психически больным. Вот вам и симуляция.

Есть, конечно, и простые для распознавания формы симуляции, не вызывающие сомнений. Медперсонал ведет подэкспертного на беседу — «я вам симулянта веду». То есть встречаются элементарные формы защитного поведения, которые можно решить амбулаторно, но бывают и сложные для распознавания случаи. Сейчас общество информировано по поводу психиатрии, имеются книги, фильмы. Существует обучение, о чем мы будем говорить при разговоре о симуляции.

5. **Диагностика реактивных состояний** (реактивных психозов). Даже если нет сомнений в диагностике, лучше направить на стационар. Стационар дает возможность лечить. Если неглубокое расстройство, преимущественно с истерическими проявлениями, его, может быть, и выведут из психоза. И, конечно, в стационаре есть возможность для более тонкой и длительной диагностики. Второй путь — без решения экспертных вопросов, т.е. вменяемости-невменяемости — направить на принудительное лечение, согласно ст. 81 УК РФ.

6. **Больные с неопределенным психиатрическим диагнозом**. Когда имеется неясная клиническая картина, представлена полиморфная медицинская документация с разными психиатрическими диагнозами и требуется дифференциальная диагностика между различными психозами. Необходимость стационарного обследования может возникать для оценки степени выраженности интеллектуальных и эмоционально-волевых расстройств при средних степенях дебильности, при органических и сосудистых поражениях головного мозга, подозрениях на опухоли головного мозга, когда требуются дополнительные параклинические исследования. Необходимо стационарное обследование при тех состояниях, когда имеются указания в анамнезе на наличие судорожных припадков и подозрение на наличие эпилепсии, когда необходимо установить частоту, характер, природу пароксизмов, провести дополнительное обследование.

Теперь такой организационный вопрос. Существуют амбулаторные комиссии, которые до 30% испытуемых направляют в стационар (например, больница им. Алексеева), есть комиссии, где этот процент достига-

потерпевших при подобных депрессивных реакциях бывают суицидальные мысли и поступки и бывают случаи, когда на потерпевших поступали дела для проведения посмертных экспертиз. Часто родственники потерпевших сами усугубляют состояние неправильным поведением. Например, девочку 12 лет мать не пускала на дискотеку, но она всё-таки пошла и в результате пострадала — стала жертвой сексуального насилия. Мать все время ее укоряла — «я говорила тебе, не ходи». Состояние девочки особенно ухудшалось после очных ставок с обвиняемым. Наличие или отсутствие психогенного расстройства обязательно следует указать в заключении, необходимо описать его характер, глубину и длительность. Это помогает, с одной стороны, оценить показания, дававшиеся на следствии, а с другой — оценить расстройство в правовом аспекте как умышленное причинение тяжкого вреда здоровью согласно ст. 111 УК РФ, в которой психическое расстройство приравнивается к потере зрения, слуха и т.д. и влечет за собой соответствующее уголовное наказание в отношении лица, этот вред причинившего. Вне СПЭ на наличие психогенных расстройств у потерпевших часто не обращают внимания, синяки описывают, оценивают как легкие телесные повреждения, не повлекшие существенного ущерба для здоровья, а то, что депрессия длится уже несколько месяцев, не замечают. Поэтому необходимо оценить глубину психогенных расстройств и их длительность. Пример: женщина была сбита машиной, отделалась синяками и царапинами — ни переломов, ни сотрясения мозга. Получила заключение: легкие телесные повреждения без расстройства здоровья. А у нее невроз после этого длился год, она перестала выходить из дома, бросила работу, обращалась в ПНД, где получала лечение, и этот факт никем не был замечен. Вместе с тем, если имеется психическое расстройство и оно склонно к рецидивированию, то необходимо указать не целесообразность участия свидетеля или потерпевшего в судебном заседании. Подобные экспертизы, как правило, комплексные. Вопросы диагностики, определения глубины психических расстройств, их структуры, продолжительности — это компетенция психиатра. Психологу задаются вопросы о патологическом фантазировании, вопросы о влиянии личностных особенностей на поведение в криминальной ситуации. Данные психиатра соединяем с данными психолога и можем дать дифференцированный ответ, в какой мере потерпевший мог оказывать сопротивление.

Посмертные СПЭ. Сложность состоит в отсутствии самого объекта экспертизы. Сложность в том, насколько полно собрано дело и в разной оценке различных материалов дела. Комплексные судебные психолого-психиатрические посмертные экспертизы могут проводиться и в рамках уголовного процесса — обычно это дела по факту самоубийства и рамках гражданского процесса, как правило, это имущественные споры. Как уже говорилось, в посмертных КСПЭ по делам о самоубийствах, исследуется вопрос о том, имелось ли у лица в период, предшествовавший его смерти, психическое состояние, предрасполагавшее к самоубийству, и каковы причины развития этого состояния. В комплекс-

5. При посмертных КСПЭ по делам о самоубийствах исследуется вопрос о том, имелось ли у лица в период, предшествовавший его смерти, психическое состояние, предрасполагавшее к самоубийству, и каковы причины развития этого состояния.

Более подробно о собственно экспертно-психологической стороне по каждому из этих пунктов Вам должны будут рассказать другие преподаватели, а мне хотелось бы остановиться на некоторых клинических и организационно-правовых аспектах.

В последние десятилетия большое место в экспертной практике стали занимать свидетели и потерпевшие с тяжелыми психическими расстройствами. Еще два-три десятилетия назад в судебно-психиатрической практике существовала формула: «к данным показаниям нужно относиться как к показаниям душевнобольного». И это было отражено в старых руководствах по судебной психиатрии. Та же прокурор Миронова, которая проверяла Институт им. В.П.Сербского, однажды сказала такую фразу: «Для потерпевшего хуже нет врага, чем психиатр». Таким образом, огромную группу больных уводили от процессуальной деятельности. Получилось, что права больных оказались никак не защищены. И там, где преступления в отношении их совершались без других свидетелей, показания больных с тяжелой психической патологией никакого значения не имели. Адвокаты, прокурор, судьи отводили показания психически больных, доказывая, что они не имеют никакого значения.

В отношении свидетелей и потерпевших речь идет о процессуальной дееспособности, т.е. о способности участвовать в процессе. В уголовно-процессуальном кодексе такого понятия нет, в гражданском процессуальном — упомянуто вскользь. Вместе с тем есть положение о потерпевших. Потерпевший обязан являться по требованию следственных органов, обязан давать показания, потерпевший должен понимать свое положение в процессе, юридическое значение своих показаний, потерпевший должен являться на опознание, очные ставки, должен являться на судебно-психиатрическую экспертизу. Это перечень обязанностей потерпевшего, который должен все это выполнять. Чтобы все это выполнить, это лицо должно быть осведомлено в юридических вопросах, осведомлено о юридической стороне своих показаний, это лицо должно отвечать за свои показания, отвечать за их достоверность. Когда проверили полностью психически здоровых потерпевших, оказалось, что и они то толком не знают ни своих прав, ни обязанностей, ни юридического, ни нравственного аспекта того положения, в котором они находятся. Поэтому к вопросу процессуальной дееспособности свидетелей и потерпевших следует подходить очень дифференцированно и с известной долей осторожности, исходя из оценки психопатологии, у них имеющейся.

Возраста, определяющего процессуальную дееспособность, нет. Потерпевший может быть и млад и стар, закон не говорит, с какого возраста он может давать показания как свидетель и потерпевший и в каком возрасте это право заканчивается. Тем не менее закон говорит, что есть

малолетние, несовершеннолетние и взрослые. Каждая из этих групп имеет свои правовые особенности, которые записаны в процессуальном кодексе, где говорится, как их нужно опрашивать. Малолетних — в присутствии педагога, родителя или опекуна и т.д. Но — до 14 лет все дети являются процессуально недееспособными. Если преступление совершено против 5-6-7-летнего ребенка, то он является процессуально недееспособным. Его показания не имеют юридической силы. Поэтому на плечи психиатра-эксперта ложится ответственность — дать заключение чего он может и чего не может. Тогда его показания дифференцированно будут использовать суд и следствие.

О малолетних — малолетние часто бывают жертвами сексуальных преступлений, причем обращает на себя внимание, что обвиняемыми по данным делам являются близкие родственники потерпевших или хорошо знакомые. Это общая тенденция во всех развитых странах.

Несколько моментов: 1) взрослый является для ребенка авторитетом и он ему подчиняется; 2) чаще малолетний не понимает значения совершаемых с ним действий и воспринимает ситуацию как игровую, и подобные преступления подчас раскрываются случайно. Среди малолетних потерпевших больные шизофренией встречаются редко, обычно это резидуально-органические состояния, задержки развития, психофизический инфантилизм — обнаруживаются в 90% случаев. И, устанавливая данный диагноз, далее отвечаем на вопрос: могли ли они понимать характер и значение совершаемых с ними действий? Можно написать «не мог понимать», если видим, что он ничего не понимал, и утверждает, что «они с дядей играли». Но эта формула может расщепляться, если ребенок способен описать фактический характер совершенных с ним действий, но не понимал их сущности. Мы обязаны ответить на этот вопрос, поскольку из него вытекает следующий параметр — мог ли он оказывать сопротивление. Для оценки способности оказывать сопротивление необходимо изучить личность. Была испытуемая — ученица 3-го класса, которая была очень тормозимой и не могла отвечать на уроках, стояла как вкопанная и молчала, и учителя, зная ее особенность, спрашивали ее на переменах, когда весь класс уходил, иначе нужно было ставить двойки.

Экспертам задают вопрос: мог ли потерпевший правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания? Этот вопрос также нужно решать дифференцированно. Необходимо проанализировать дело, если потерпевшим четко описываются обстоятельства, если показания в течение следствия не менялись и показания варьируют только в деталях, то даётся заключение, что потерпевший мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела. Оценивая показания потерпевших, необходимо оценивать особенности их кратковременной и долговременной памяти. Чем младше ребенок, тем выраженнее у него краткосрочность памяти. После правонарушения в отношении него он попадает в семью, а там начинается обсуждение произошедшего и у ребенка начинается

дифференциация — что было на самом деле и что уже является предметом интерпретации взрослых. И часто последующие показания дополняются «новыми данными». Но это не свидетельствует о неспособности ребенка давать правильные показания, это можно показать в заключении — когда наступило влияние авторитета взрослых и когда он перестал дифференцировать, что было на самом деле, а что ему рассказали про это событие. Поэтому и экспертам и работникам следствия необходимо опираться на первые показания, последующие уже становятся менее информативными, поскольку сказывается влияние взрослых. Есть категория несовершеннолетних, которым присуще такое качество, как виктимность, т.е. они провоцируют правонарушения в отношении себя. Это подростки с неглубокими резидуально-органическими расстройствами, психопатоподобными нарушениями, легкой умственной отсталостью. Могу привести случай — несовершеннолетняя девочка, состоявшая на учете в ПНД с диагнозом «Шизофрения», проживала в Подмоскowie, бабушка послала её в Москву по какому-то делу, дала деньги на билет в электричке. Она деньги потратила, поехала без билета, ее контролер высадил по пути на станции. Она подошла к милицмейской машине, попросила отвезти ее в город. Ее отвезли в казармы милицмейского полка, где она прожила неделю. Причем ее там особо не удерживали, ворота были открыты, она могла уйти, но она не уходила, готовила еду. Когда через неделю явилась домой, сама она ни на что не жаловалась, бабушка заявила в милицию. Когда проводили опознание, она никого не узнала, указывала на лиц, которые там быть не могли. В результате было дано заключение, что она не может давать правильные показания.

Что еще необходимо оценивать — реакцию потерпевших на содеянное — так называемые психогенные реакции. Они бывают очень различными. У малолетних часто ее и нет, поскольку они не понимают характер и значение совершаемых с ними действий. Если и бывает, то в форме острой шоковой реакции, которая проявляется в крике, возбуждении. Пример: больная шизофренией села в такси с двумя детьми 5-ти и 12-ти лет и в пути убила таксиста, зарубила его. Маленький мальчик дал реакцию — он орал, кусался, царапался, милиция не могла с ним справиться. Когда он пришел на экспертизу, с ним очень хорошо говорили, но когда было произнесено слово «такси», то он все раскидал в кабине, дрался, кусался, швырялся, эксперты его не могли удержать. Конечно, в заключении написали, что он не может участвовать в судебно-следственных действиях, так как эта реакция имеет тенденцию к повторению. Совсем другую реакцию дал подросток, он дал депрессивную реакцию, поскольку у него была последующая внутриличностная переработка ситуации. Он понимал, что лишился матери, ведь её забрали и она скоро выйдет, что на него лягут социальные обязанности, его могут поместить в социальное учреждение, так как он рос без отца. У него развилась депрессия, в клиническом отношении не полностью выраженная, фрагментарная, как это бывает у подростков — без типичной клинической триады. Он дал очень подробные показания. Очень часто у

ТРУДЫ Т.П. ПЕЧЕРНИКОВОЙ*

1. Печерникова Т.П. Истерические явления в отдаленные периоды после закрытых травм головы в судебно-психиатрической практике // Дис... канд. мед. наук. — М., 1954. — 290 с.

2. Печерникова Т.П. Сутяжно-паранойяльные состояния и их судебно-психиатрическая оценка // Дис... д-ра мед. наук — М., 1969. — 574 с.

3. Печерникова Т.П. О сутяжном развитии у больных с отдаленными последствиями закрытых травм черепа // Проблемы судебной психиатрии. — М., 1959. — Вып. 8. — С. 589-602.

4. Печерникова Т.П. Истерические явления в отдаленном периоде после закрытых травм головы в судебно-психиатрической практике // Проблемы судебной психиатрии. — М., 1959. — Вып. 8. — С. 261-276.

5. Печерникова Т.П. О сутяжничестве психопатов, не исключаящем вменяемости // Тезисы докладов конф. молодых ученых — невропатол. и психиатр. в г. Горьком. — М., 1959. — Вып.1. — С. 138-139.

6. Печерникова Т.П. Случай индуцированного помешательства в судебно-психиатрической практике // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1960. — Вып. 2. — С. 73-77.

7. Печерникова Т.П. Сутяжничество психопатов, не исключаящее вменяемости // Проблемы шизофрении, неврозов, реактивных состояний и организация психиатрической помощи. — М., 1961. — С. 284-292.

8. Печерникова Т.П. К вопросу о тяжелых правонарушениях в последровом периоде // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1961. — Вып. 4. — С. 43-50.

9. Печерникова Т.П. О трудностях диагностики патологических прозональных состояний // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1962. — Вып. 7. — С. 50-58.

10. Печерникова Т.П. К вопросу о патологическом сутяжничестве психопатов // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. — М., 1963. — №2. — С. 244-251.

11. Печерникова Т.П. Катамнестическое изучение психопатов с явлениями сутяжного развития // Проблемы общей и судебной психиатрии. — М., 1963. — С. 117-127.

12. Печерникова Т.П. О сутяжных проявлениях у психопатов (по материалам судебно-психиатрической экспертизы) // Вопросы профилактики ООД психически больных и организации принудительного лечения. — М., 1964. — С. 20-21.

* Список трудов составлен Т.О.Чиченковым.

ных СПЭ по гражданским делам психолога спрашивают о личности, если данные позволяют о ней судить, и спрашивают, не было ли повышенной внушаемости и подчиняемости. Потому что мы такое иногда видим по материалам дела. К больному пришел сын — завещание в его пользу, через час пришла дочь — завещание в ее пользу, потом соседка кефир принесла — завещание в ее пользу. Был известный немецкий психиатр Ашаффенбург, который сказал, что «когда много завещаний, это всегда пахнет психиатрией».

Посмертные экспертизы по гражданским делам обычно проводятся по имущественным спорам, и они более сложны, поскольку в гражданских делах — две стороны: истцы и ответчики, заинтересованные в исходе дела. Одни дадут показания в отношении умершего, совершившего тот или иной гражданский акт — завещания, дарения, что он был психически больной. Другие будут говорить нечто совершенно противоположное — что он был в здравом уме и твердой памяти до своего последнего часа. Кому верить? Не верить никому, а оценивать это как относительные данные, непрямые доказательства здоровья или болезни. Однако необходимо отразить эти данные в заключении. Поскольку иначе дело могут вернуть и суд укажет, что вы не учли показания, данные одной из сторон. Теперь показания нотариуса. По сути, это государственный служащий (хотя сейчас есть и частные нотариаты), который должен удостоверить в дееспособности данного лица до того, как заверить тот или иной акт. Никогда нотариус не скажет, что пришел к душевнобольному человеку, иначе получается, что он нарушил закон. Он скажет, что все было хорошо. При этом нотариусы рассуждают как обыватели, например: «меня привели к старушке, она лежала в постели с закрытыми глазами, я зачитал ей документ, она махнула рукой, значит, все поняла, за нее расписалась соседка. Поэтому я считаю, что она была абсолютно здоровой». Больше значение имеют показания посторонних лиц, если они не являются участниками одной из сторон. Нужно учитывать общие особенности восприятия у свидетелей. Об особенностях восприятия человека человеком писал психолог Бодалёв. Тут играют роль симпатии-антипатии, т.е. субъективный фактор. Играет роль и знание психиатрии. Один скажет, что усопший был больным, потому что прошел мимо не поздоровавшись, а другой скажет, что он был здоровым, потому что он видел, как тот пропалывал редиску в огороде у своего дома. При атеросклерозе часто отмечается сохранность внешнего «фасада», манер, привычек, словесных и поведенческих штампов, стереотипов, а за этим скрывается глубокая дезориентировка, и человек не может ориентироваться в сложных вопросах, связанных с имущественными делами, куплей-продажей и т.д. Было посмертное дело, когда онкологическая больная, находясь в стационаре, заключила брак с соседом, который навещал ее, приносил продукты. А потом, в минуту просветления, она говорила соседке по палате, что она не помнит, что она подписала, что кому подарила и что она сделала. Самый надежный источник — медицинская документация, какой бы неполной она ни была, поскольку она, как пра-

вило, написана объективным лицом, не заинтересованным в исходе дела. Чаще меддокументация бывает из соматических стационаров. Необходимо анализировать данные меддокументации, записи по дням. В день подписания какого-либо гражданского акта, в предшествующие дни, предыдущие дни. Выстраивается динамика состояния. Ну а если была консультация психиатра, то замечательно, поскольку он распишет и ориентировку, и память.

Какие сложные для судебно-психиатрической оценки состояния? Атеросклероз, поскольку за внешней сохранностью может скрываться слабоумие. Диагностика слабоумия при посмертных экспертизах, если оно никак не описано в документах, вещь чрезвычайно сложная и тогда необходимо отказываться от заключения. Поскольку невозможно определить его степень — в какой степени подэкспертный мог понимать значение своих действий и руководить ими. Значительно проще, если было параноидное состояние, в таких случаях обычно описывается патологическое поведение, связанное с бредовой фабулой данного лица. Сложны оценки постинсультных состояний. В остром состоянии есть явления оглушенности, суженности, мерцания сознания. Отдаленные периоды оцениваются по степени выраженности изменений психики.

Актуальными являются посмертные экспертизы лиц с онкологическими заболеваниями, когда, как правило, в терминальной стадии, составляются завещания и осуществляются иные гражданские акты. Но имущественные сделки могут осуществляться и на начальных стадиях заболевания, когда только диагностируют злокачественное новообразование, диагноз сообщается пациенту, говорится о том, что ему необходимо оперироваться, и он дает психогенную реакцию, впадает в панику. Наблюдение: пациентка похоронила мужа, умершего от рака, и через месяц после этого у ней самой диагностируется злокачественное новообразование. Она представляет, что будет с ней, у нее на глазах недавно все это происходило, и в тот период она переписывает все свое имущество на детей. После этого она прожила еще 5 лет, правда, полгода после выписки она лечилась у психиатра с депрессивным расстройством. Дети у нее все отобрали, и она говорила в суде, что не понимает, зачем она это сделала, все равно им бы все досталось. У нее ретроспективно была диагностирована депрессия и было дано заключение о ее неспособности в тот период понимать значение своих действий и руководить ими. Но, как правило, имущественные сделки совершаются на терминальной стадии. И статус пациента описывает онколог, психиатр — редко. Что отличает психический статус подобных больных — глубочайшая астения, которая определяет клиническую картину. Могут быть астенодепрессивные, астеноистерические состояния. Но нужно помнить, что при глубокой астении у пациента могут быть состояния нарушенного сознания. Описаны аментивные, делириозные состояния. Аменция — это форма помрачения сознания с преобладанием растерянности, бессвязности мышления, речи и движений. Обычно это проявляется вечерним беспомощством пациента в пределах постели. Часто в такой период бывает

составлен имущественный акт. Хотя вам скажут, что когда утром подошли к постели больного, то он узнал врача, поздоровался. Но эти светлые промежутки между периодами помраченного сознания — они не абсолютно чистые. Нельзя забывать, что в этот период больные получают наркотики и спросят о влиянии наркотиков. В истории болезни написано «смесь № 15, 20, 5». Что туда входит? Наркотики действуют поразному, одни улучшают состояние больного, другие утяжеляют его. Часто требуется консультация нарколога, токсиколога.

Судебно-психиатрическая оценка больных с диабетом. Особенности диабета: гипергликемия или гипогликемия, которые могут сопровождаться предкоматозными состояниями и комой. Если пациента вывели из комы и на следующий день совершается имущественная сделка, то вы объективно можете предположить, что степень понимания им ее сущности недостаточная. То же самое относится к ситуации, когда совершена сделка, а через несколько часов больной впадает в кому. Бывают ситуации и с необходимостью судебно-психиатрической оценки лиц с диабетом в уголовном процессе. Пример: из мест лишения свободы бежал заключенный, больной диабетом, настоящий бандит. Он несколько дней где-то прятался. У него не было инсулина. В конце концов он где-то купил инсулин. Сделал себе инъекцию, а дальше надо было поесть. Он дошел до какой-то закуской, попросил поесть. Ему сказали: «кроме шампанского и мороженого ничего нет». Он взял бутылку шампанского и выпил ее, и только тогда узнал, что алкоголь снижает сахар крови, т.е. уровень сахара упал еще ниже и ему захотелось есть еще больше. Он дошел до ресторана. Поскольку от него исходил запах алкоголя, швейцар не стал его пускать и он жестоко избил швейцара. Подошла милиция, его задержали, в машине он продолжал буйствовать, его привезли в отделение милиции. Его «вылечил» другой задержанный, который дал ему яблоко, он съел, ему стало лучше, он и успокоился, поскольку сахар в крови повысился. Каково экспертное заключение? Известно, что гипогликемия сопровождается психомоторным возбуждением на фоне оглушенного сознания. Врачи-психиатры, которые работали в стационарах и проводили инсулинотерапию, это знают. Больным делают инсулин, в 11 часов все идут в палату — держать больных. Возникла дискуссия. Одни считали, что раз пил шампанское, то он мог осознавать значение своих действий, но мы приняли другое решение — его признать вменяемым на период побега, в отношении кражи, которую он совершил по дороге, а в отношении избияния швейцара, которое он совершил в состоянии гипогликемии, его признали невменяемым. Таковы в общих чертах особенности проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз.

50. Печерникова Т.П., Шестакова Г.И. О профилактике повторных социально опасных действий у больных, перенесших острые алкогольные психозы // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1975. — Вып. 24. — С. 14-21.

51. Печерникова Т.П. О мерах медицинского характера в отношении больных, находящихся в постпсихотическом состоянии // Проблемы судебной и социальной психиатрии. — М., 1975. — С. 17-24.

52. Печерникова Т.П., Кондратьев Ф.В., Пивоварова В. Л., Доброгаева М.С., Мартыненко В.П. Об экспертных оценках по данным катамнестического исследования лиц, признанных невменяемыми // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1976. — С. 12-19.

53. Печерникова Т.П., Шапошников А.М., Доброгаева М.С. Генетико-биохимические подходы к изучению хронического алкоголизма // Актуальные вопросы социальной и клинической наркологии. — Душанбе, 1976.

54. Печерникова Т.П., Иммерман К.Л., Огнева Г.Л. Особенности реактивной депрессии у женщин в инволюционном возрасте // Судебно-психиатрическая экспертиза. — М., 1976. — Вып. 27. — С. 12-19.

55. Печерникова Т.П. Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике Института им.В.П.Сербского // Судебно-психиатрическая экспертиза. — М., 1976. — Вып. 26. — С. 3-9.

56. Печерникова Т.П. Сосудистые заболевания головного мозга // Руководство по судебной психиатрии. — М., 1977. — С. 212-225.

57. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Мартыненко В.П. Приступообразно-прогредиентная шизофрения у женщин и ее Судебно-психиатрическая оценка // Вопросы психоневрологии. — Баку, 1977. — Вып.7. — С. 228-231.

58. Печерникова Т.П. Правовые положения судебно-психиатрической экспертизы в Советском Союзе // Материалы 2-й научной конференции по судебной психиатрии. — Болгария, Ловеч, 1977. — С. 21-25.

59. Печерникова Т.П., Морозов Г.В., Боброва И.Н., Шостакович Б.В. Некоторые актуальные аспекты проблемы вменяемости // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1977. — С. 3-8.

60. Печерникова Т.П., Иммерман К.Л. Клиника шизофрении, видоизмененная психогениями // Актуальные вопросы психиатрии. Сб. научных трудов 2-го советско-финляндского симпозиума. — М., 1978. — С. 112-116.

61. Печерникова Т.П. Принудительное лечение и другие меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим общественно опасные действия // Судебная психиатрия. — М., 1978. — С.65-80.

62. Печерникова Т.П., Данилов С.Ю., Мартыненко В.П. Катамнестические обследования лиц с кратковременными психотическими состояниями в момент совершения правонарушения // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. — М., 1978. — С. 60-67.

13. Печерникова Т.П. О судебно-психиатрической оценке сутяжно-паранойяльного синдрома у психопатов // Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1965. — Т.8. — С. 104-107.

14. Печерникова Т.П. Некоторые клиничко-лабораторные соотношения при сутяжно-паранойяльных состояниях у психопатов // Судебно-медицинская экспертиза. — М., 1965. — № 2. — С. 33-37.

15. Печерникова Т.П. Сутяжные проявления у больных в возрасте обратного развития // Проблемы судебной психиатрии. — М., 1965. — Вып. 16. — С. 319-336.

16. Печерникова Т.П. Об особенностях эмоциональных нарушений при сутяжно-паранойяльных состояниях у психопатов // XXII научная сессия Харьковского НИИ неврологии и психиатрии: Тезисы и рефераты докладов. — Харьков, 1965. — Т.1. — С. 250-252.

17. Печерникова Т.П. К вопросу о роли индукции в клинике шизофрении // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1966. — Вып. 11. — С. 3-10.

18. Печерникова Т.П. Социально-опасные действия больных с сутяжно-паранойяльным синдромом // Тезисы докладов конференции, посвященной вопросам профилактики ООД психически больных. — М., 1966. — С. 76-77.

19. Печерникова Т.П. Некоторые особенности динамики сутяжно-паранойяльных состояний у психопатических личностей // Материалы объединенной конференции невропатологов и психиатров Средней Азии. — Душанбе, 1966. — С. 360-361.

20. Печерникова Т.П. Показания к прекращению принудительного лечения при сутяжно-паранойяльных состояниях у психопатических личностей // Материалы научно-практ. конференции, посвященной вопросам проведения принудительного лечения в психиатрических больницах специального типа. — М., 1967. — С. 150-153.

21. Печерникова Т.П., Гурьева В.А. Паранойяльные состояния при истерических развитиях личности // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1968. — Вып. 12. — С. 77-87.

22. Печерникова Т.П. К вопросу о сутяжно-паранойяльных состояниях при шизофрении // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1968. — Вып. 12. — С. 14-20.

23. Печерникова Т.П. Принудительное лечение больных с сутяжно-паранойяльными состояниями // Материалы научно-практ. конференции. по вопросам реадaptации психически больных. — М., 1969. — С. 53-54.

24. Печерникова Т.П., Фелинская Н.И., Гурьева В.А., Иммерман К.Л. О роли психогенного фактора в патогенезе психопатии // Материалы V Всесоюзн. съезда невропатол. и психиатр. 1969. — Т.3. — С. 200-205.

25. Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая оценка сутяжно-паранойяльных реакций у психопатов // Актуальные вопросы социальной и клинической психиатрии. — Душанбе, 1969. — Т.2. — С. 30-34.

26. Печерникова Т.П. Сутяжно-паранойяльные состояния и их судебно-психиатрическая оценка // Вопросы судебной психиатрии. — М., 1969. — С. 42-44.

27. Печерникова Т.П., Фелинская Н.И. О роли психогенного фактора в формировании патологического развития у психопатических личностей в позднем возрасте // Проблемы психоневрологии. — М., 1969. — С. 302-306.

28. Печерникова Т.П. О профилактике социально опасных действий, совершаемых больными с паранойяльными состояниями // Материалы конференции посвященной вопросам принудительного лечения и реабилитации психически больных. — М., 1970. — С. 62-64.

29. Печерникова Т.П. Особенности бредаобразования при сутяжно-паранойяльных состояниях у психопатических личностей // Проблемы судебной психиатрии (пограничные состояния). — М., 1971. — Вып.20. — С. 23-33.

30. Печерникова Т.П., Иммерман К.Л. Типы патологических развитий личности // Материалы конференции ЦНИИ судебной психиатрии им. В.П.Сербского. М., 1971. — С. 127-132.

31. Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая оценка сутяжно-паранойяльных состояний в гражданском процессе // Профилактика ООД, совершаемых психически больными: Материалы конференции 14-15.09.1972 г. — М., 1972. — С. 65-67.

32. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Профилактика общественно опасных действий, совершаемых в послеродовом периоде // Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психически больными: Материалы конференции 14-15-09.1972. — М., 1972. — С. 62-64.

33. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Клиника и патогенез некоторых форм послеродовых психозов // Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной системы и психической сферы. Материалы пленума Всесоюзного общества невропат. и психиатр. 3-5. 10. 1972 г. — Ташкент, 1972. — С. 197-199.

34. Печерникова Т.П. О значении для судебно-психиатрической экспертизы материалов дела, характеризующих личность подэкспертного // Вопросы организации и проведения судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе. Тезисы докладов. — М., 1972. — С. 21-22.

35. Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая оценка материалов уголовных дел, характеризующих личность подэкспертного // Вопросы организации и проведения Судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе. — М., 1973. — С. 40-44.

36. Печерникова Т.П. Принудительное лечение и реадaptация психопатических личностей с паранойяльными состояниями // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Л., 1973. — С. 227-229.

37. Печерникова Т.П., Фелинская Н.И. Компетенции комплексных судебно-психиатрических и судебно-психологических экспертиз // Социалистическая законность. — М., 1973. — № 12. — С. 44-45.

38. Печерникова Т.П., Фелинская Н.И. Некоторые актуальные вопросы комплексных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних с участием психологов // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1973. — Вып. 21. — С. 51-55.

39. Печерникова Т.П., Косачев А.Л. Некоторые особенности становления и динамики паранойяльных синдромов при психопатиях // Судебно-медицинская экспертиза. — 1973. — № 4. — С. 43-47.

40. Печерникова Т.П. Клинические особенности патологического сутяжничества при шизофрении // Вопросы клиники, терапии и соц. реабилитации психически больных. — М., 1973. — 50-53.

41. Печерникова Т.П. Профилактика общественно опасных действий, совершаемых в послеродовом периоде // Симпозиум, международный по социальной психиатрии. Реабилитация психически больных. — Болгария, София, 1973. — С. 201-202.

42. Печерникова Т.П. Клиника и судебно-психиатрическое значение одной из форм острой паранойяльной реакции у психопатических личностей // Материалы 3-го Всеросс. съезда невропатол. и психиатр. — М., 1974. — Т.2. — С. 117-118.

43. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. О трудностях распознавания шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом // Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний. — Душанбе, 1974. — С. 73-76.

44. Печерникова Т.П., Станишевская Н.Н. Некоторые вопросы комплексных психолого-психиатрических экспертиз // Вопросы судебной психологической экспертизы. Тезисы докладов и научных сообщений на третьем теоретическом семинаре — криминалистических чтениях 5 марта 1974. — М., 1974. — С. 23-28.

45. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Боброва И.Н. Анализ повторных судебно-психиатрических экспертиз, проводимых в Институте им. В.П. Сербского за 1970-1972гг // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1974. — Вып. 22. — С. 18-26.

46. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Остришко В.В. Острые аффективные реакции и их судебно-психиатрическое значение // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1974. — С. 88-92.

47. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Мартыненко В.П. Значение мотивации общественно опасных действий психически больных для их социальной реадaptации // Тезисы докладов 6-го Всесоюзного. съезда невропатол. и психиатр. — М., 1975. — Т.1. — С. 416-419.

48. Печерникова Т.П., Станишевская Н.Н. Вопросы организации комплексных судебно-психологических экспертиз // Вопросы организации Судебно-психиатрических экспертиз. — М., 1975. — С. 94-105.

49. Печерникова Т.П. Повторная судебно-психиатрическая экспертиза и ее значение в решении диагностических и экспертных трудностей // Вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1975. — С. 21-28.

101. Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Смирнова Г.Г. О разграничении паранойяльных состояний различного генеза // *Материалы 5-го советско-финляндского симпозиума по вопросам психиатрии.* — М., 1985. — С. 89-93.

102. Печерникова Т.П., Гульдман В.В. Актуальные вопросы судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы // *Психологический журнал.* — М., 1985. — Т. 6. — №1. — С. 95-104.

103. Печерникова Т.П., Васюков С.А., Ростовцева Т.И., Яхимович Л.А. Клинические особенности паранойяльных расстройств при шизофрении и их судебно-психиатрическая оценка при проведении экспертиз по гражданским делам // *Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике.* — М., 1985. — С. 140-147.

104. Печерникова Т.П., Боброва И.Н., Метелица Ю.Л., Герасимова С.М. Патогенез психических заболеваний и особенности экспертных заключений // *Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической практике.* — М., 1985. — С. 29-36.

105. Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Остришко В.В. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза аффективных реакций у психически здоровых и психопатических личностей // *Судебно-медицинская экспертиза.* — 1985. — № 1. — С. 35-39.

106. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Патологические аффективные реакции, протекающие по механизмам «короткого замыкания» // *Материалы 2-го съезда невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР.* — Рига, 1985. — Т.1. — С. 417-421.

107. Печерникова Т.П., Герасимова С.М., Афанасьева Н.П. Особенности принудительного лечения больных шизофренией без признаков обострения заболевания // *Принудительное лечение в системе профилактики ООД психически больных.* — Благовещенск, 1985. — С. 61-65.

108. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Острые кратковременные психотические расстройства в течении шизофрении, диагностируемые как исключительные состояния // *Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии.* (материалы международного симпозиума). — М., 1986. — С. 200-207.

109. Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Доброгаева М.С. Организация и проведение стационарных судебно-психиатрических экспертиз. Методические рекомендации МЗ СССР, ВНИИ ОСП им.В.П.Сербского — М., 1986. — С. 20 с.

110. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Исключительные состояния в судебно-психиатрической практике // *Судебно-медицинская экспертиза.* — М., 1986. — № 3. — С. 43-46.

111. Печерникова Т.П. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим ООД // *Судебная психиатрия.* — М., 1986. — С. 61-76.

112. Печерникова Т.П. Вопросы вменяемости при судебно-психиатрической экспертизе // *Судебная психиатрия.* — М., 1986. — С. 37-44.

63. Печерникова Т.П., Пелипас В.Е., Филипских В.Е. Катамнестическое обследование лиц с симулятивным поведением, признанных вменяемыми // *Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии.* — М., 1978. — С. 35-45.

64. Печерникова Т.П., Морозов Г.В., Боброва И.Н. Анализ состояния и тенденции развития советской судебной психиатрии // *Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии.* — М., 1978. — С. 3-10.

65. Печерникова Т.П. К вопросу о ранней диагностике шизофрении в судебно-психиатрической практике // *Шизофрения и алкоголизм.* — Ташкент, 1978. — С. 298-300.

66. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Гульдман В.В. К вопросу о мотивации противоправных поступков у психопатических личностей // *Судебно-психиатрическая экспертиза.* — М., 1978. — Вып. 31. — С. 9-17.

67. Печерникова Т.П. Показания к назначению и снятию принудительного лечения больных, совершивших ООД // *Проблемы принудительного лечения психически больных.* — М., 1978. — С. 14-21.

68. Печерникова Т.П., Шестакова Г.И. Принудительное лечение больных с затяжными алкогольными психозами // *Судебно-психиатрическая экспертиза.* — М., 1979. — № 32. — С. 54-59.

69. Печерникова Т.П. Паранойяльная психопатия и её судебно-психиатрическое значение // *Актуальные вопросы социальной психиатрии.* — Валдай, 1979. — С. 23-31.

70. Печерникова Т.П. Паранойяльные состояния в динамике психопатий // *Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова.* — М., 1979. — № 11. — С. 1579-1582.

71. Печерникова Т.П., Кудрявцев И.А., Криворучко С.И. Некоторые вопросы компетенции судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы // *Социалистическая законность.* — 1980. — № 1. — С. 38-39.

72. Печерникова Т.П., Гусинская Л.В. Клинические особенности периода формирования истерической психопатии // *4-й Всерос. съезд невропатол. и психиатр.: Тезисы докладов 9-11.09.1980г.* — М., 1980. — Т.1. — С. 493-495.

73. Печерникова Т.П., Гусинская Л.В. О патологическом развитии личности при истерической психопатии // *Материалы 1-го съезда невропатол., психиатр. и нейрохирургов Армении.* — Ереван, 1980. — С. 40-43.

74. Печерникова Т.П., Боброва И.Н., Шибанов Н.И. Анализ диагностических расхождений по данным повторных экспертиз // *Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии.* — М., 1980. — С. 148-156.

75. Печерникова Т.П., Васильева Л.П., Гусинская Л.В., Гульдман В.В., Лукомская М.И., Курындина Л.И. Мотивация ООД при психопатиях // *Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии.* — М., 1980. — С. 60-68.

76. Печерникова Т.П., Кудрявцев И.А. К уточнению критериев судебно-психиатрической оценки реактивных депрессий // Судебно-психиатр. экспертиза. Вопросы дееспособности психически больных. — М., 1980. — № 34а. — С. 46-52.

77. Печерникова Т.П., Пелипас В.Е. Метасимуляция психогенных заболеваний в судебно-психиатрической практике // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1980. — С. 99-107.

78. Печерникова Т.П. Проблемы невменяемости в советской судебной психиатрии // Проблемы общей и судебной психиатрии. — М., 1981. — С. 229-233.

79. Печерникова Т.П. Актуальные вопросы вменяемости при шизофрении // Материалы VII Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1981. — Т.3. — С. 356-358.

80. Печерникова Т.П., Азбукина В.Д., Владимирская М.Т., Кудрявцев И.А., Цапенко И.В. О диагностической информативности некоторых симптомокомплексов // Судебно-психиатрическая экспертиза лиц пожилого и старческого возраста. — М., 1981. — С. 85-92.

81. Печерникова Т.П., Васильева Л.П., Гусинская Л.В., Гульдман В.В., Лукомская М.И., Шостакович Б.В. Клинический и психологический анализ «психопатической» мотивации общественно опасных действий при психопатиях // Клинико-социальные аспекты профилактики ООД психически больных. — М., 1981. — С. 84-92.

82. Печерникова Т.П., Остришко В.В. Аффективные реакции в момент совершения правонарушения и их судебно-психиатрическая оценка // Принудительное лечение психически больных. — М., 1981. — С. 70-79.

83. Печерникова Т.П., Николаев А., Мдиваш В.М., Смирнова, Г.Г., Гульдман В.В., Яблоков И.И. Сравнительная криминологическая характеристика лиц с психическими аномалиями и психически здоровых // Справка о результатах криминологического и криминалистического исследования по делам об умышленных убийствах. — М., 1981. — С. 15-19.

84. Печерникова Т.П. Паранойяльный синдром // БМЭ. — М., 1982. — Т.18. — С. 321-322.

85. Печерникова Т.П., Смирнова Г.Г. Особенности заполнения и ведения медицинских карт в судебно-психиатрической стационарах и амбулаторных комиссиях // Методические указания МЗ СССР. — М., 1982. — 12 с.

86. Печерникова Т.П., Смирнова Г.Г. Особенности экспертной оценки шизофрении в условиях судебно-психиатрической практики // Новые методы диагностики, лечения и профилактики основных форм нервных и психических заболеваний. — Харьков, 1982. — С. 218-219.

87. Печерникова Т.П. Деонтологические проблемы судебной психиатрии // Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно-психиатрической практике. — М., 1982. — С. 21-28.

88. Печерникова Т.П., Косачев А.Л. Сверхценные идеи при психопатиях и их Судебно-психиатрическое значение // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. — М., 1982. — С. 31-37.

89. Печерникова Т.П., Кудрявцев И.А. Психогенные депрессии при психопатиях и психопатоподобных состояниях // Материалы IV советско-финляндского симпозиума по проблеме депрессий. — М., 1983. — С. 115-120.

90. Печерникова Т.П., Гульдман 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.

91. Печерникова Т.П., Боброва И.Н., Герасимова С.М. Анализ диагностических и экспертных расхождений по данным повторных экспертиз // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект). — М., 1983. — С. 29-38.

92. Печерникова Т.П., Афанасьева Н.П., Салаев А.С. Повторные ООД больных шизофренией с вялопрогредиентным течением (по материалам принудительного лечения) // Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших ООД. — М., 1983. — С. 31-33.

93. Печерникова Т.П., Морозов Г.В., Шостакович Б.В. Методологические аспекты вменяемости — невменяемости // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. 1983. — С. 3-10.

94. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Дискуссионные вопросы вменяемости при шизофрении // Шизофрения (Судебно-психиатрический аспект). — М., 1983. — С. 20-28.

95. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Лукомская М.И. Судебно-психиатрическая оценка психогений и психопатий // Психогении и психопатии. — М., 1983. — С. 69-77.

96. Печерникова Т.П. К вопросу о диагностике шизофрении в судебно-психиатрической практике // Актуальные вопросы психиатрии. — Томск, 1983. — С. 140-141.

97. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Клиника и судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у женщин в послеродовом периоде: Методические рекомендации. — М., 1984. — 14 с.

98. Печерникова Т.П., и соавт. О повторных поступлениях в психиатрические больницы на принудительное лечение // Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения. — М., 1984. — С. 26-32.

99. Печерникова Т.П. Психические аномалии в судебно-психиатрической практике // Психические расстройства, не исключающие вменяемости. — М., 1984. — С. 11-20.

100. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Алкогольная интоксикация и ее значение в возникновении исключительных состояний // Актуальные вопросы наркологии. Материалы Всесоюзного симпозиума. — Душанбе, 1984. — С. 108-111.

ника и судебно-психиатрическое значение): Методические рекомендации. — М., 1993. — 18 с.

152. Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Кадина Т.И., Морозова Н.Б. Актуальные теоретические и организационные проблемы амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы и перспективы ее развития // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. — М., 1993. — С. 130-142.

153. Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б., Литвиненко И.В. Психогенные состояния несовершеннолетних потерпевших (клиника и судебно-психиатрическое значение): Методические рекомендации. — М., 1993. — 19 с.

154. Печерникова Т.П., Кадина Т.И., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации // Судебно-медицинская экспертиза. — 1993. — № 3. — С. 31-36.

155. Печерникова Т.П., Тихоненко В.А., Харитоновна Н.К. Диспансерное наблюдение // Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. — М., 1993. — С. 58-67.

156. Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б. Клиника острого периода ЧМТ у потерпевших, получивших травму головы в криминальной ситуации // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. № — С. 13-19.

157. Печерникова Т.П., Березанцев А.Ю. Вопросы организации и проведения принудительного лечения больным олигофренией // Проблемы судебно-психиатрической профилактики — М., 1994. — С. 64-72.

158. Печерникова Т.П., Лазько Н.В. Судебно-психиатрическое значение нарушений памяти у потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации // Судебная и социальная психиатрия 90-х гг. (материалы международной конференции). — Киев-Харьков-Днепропетровск, — 1994. — Т.1. — С. 148-149.

159. Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая оценка психического состояния потерпевших — жертв насилия // Серийные убийства и социальная агрессия. — Ростов-на-Дону., 1994. — С. 82-83.

160. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации // Методическое письмо. — 1995. — С. 17 с.

161. Печерникова Т.П., Шаихова Б.З. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза малолетних потерпевших.: Методические рекомендации. — 1995. — 20 с.

162. Печерникова Т.П., Кадина Т.И., Смирнова Т.А., Гусинская Л.В. Процессуальная дееспособность потерпевших (судебно-психиатрический аспект) // Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 484-485.

163. Печерникова Т.П. Некоторые вопросы организации и проведения принудительного лечения больным олигофренией // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — Орел, 1996. — С. 105-106.

113. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Исключительные состояния и их Судебно-психиатрическое значение // Неврология, психиатрия и нейрохирургия. — Болгария, София, 1986. — № 3. — С. 11-15.

114. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Современное состояние проблемы кратковременных расстройств психической деятельности в судебно-психиатрической практике // Материалы III съезда невропатол. и психиатр. Белоруссии. — Минск, 1986. — С. 408-409.

115. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Современное состояние вопроса, о патологическом опьянении // Актуальные вопросы наркологии. — Кишинев, 1986. — С. 131-133.

116. Печерникова Т.П., Герасимова С.М. Диагностика кратковременных расстройств психической деятельности и вопросы вменяемости в экспертной практике // Кратковременные расстройства психической деятельности в судебно-психиатрической практике. — М., 1986. — С. 13-19.

117. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Шапошников А.М. Нарушение обмена ароматических аминокислот при алкоголизме // Материалы конференции. — Львов, 1986. — С. 121-125.

118. Печерникова Т.П., Гульдман В.В. Мотивация противоправных действий у психопатических личностей // 1 съезд психиатров соц. стран. — М., 1987. — С. 381-383.

119. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Современное понимание так называемых «исключительных состояний» в судебно-психиатрической клинике // Журн. Невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. — М., 1987. — № 12. — С. 1827-1832.

120. Печерникова Т.П. Принудительное лечение больных эпилепсией // Принудительное лечение в системе профилактики ООД психически больных. — М., 1987. — С. 136-149.

121. Печерникова Т.П. Органические поражения головного мозга как «психические аномалии» в судебно-психиатрической практике // II съезд невропатологов и психиатров Армении. — Ереван, 1987. — С. 153-154.

122. Печерникова Т.П. Принудительное лечение больных, совершающих общественно опасные действия в состоянии алкогольного психоза // Принудительное лечение в системе профилактики ООД психически больных. — М., 1987. — С. 124-136.

123. Печерникова Т.П., Парунцева И.А., Смирнова Г.Г., Герасимова С.М. Динамика диагностических и экспертных решений в судебно-психиатрической практике за последние 20 лет // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. — М., 1987. — С. 11-20.

124. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Судебно-психиатрическая оценка кратковременных расстройств психической деятельности, возникающих на фоне алкогольного опьянения // Материалы II съезда невропатол. и психиатр. Узбекистана. — Ташкент, 1987. — С. 215-218.

125. Печерникова Т.П., Косачев А.Л. Принудительное лечение больных психопатиями и паранойяльными состояниями // Принудительное лечение в системе профилактики ООД психически больных. — М., 1987. — С. 74-92.

126. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Гульдман В.В. Организация и проведение стационарных судебно-психиатрических экспертиз // Судебно-медицинская экспертиза. — 1987. — № 3. — С. 40-44.

127. Печерникова Т.П. Принудительное лечение больных с реактивными состояниями и правовые положения применения ч.2 ст.11 Основ уголовного законодательства СССР // Меры медицинского характера в системе профилактики ООД психически больных. — М., 1987. — С. 115-123.

128. Печерникова Т.П., Гульдман В.В. Вопросы мотивации противоправного поведения психопатических личностей // Материалы съезда психиатров соц. стран. — М., 1987. — С. 381-385.

129. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Острые и психогенные сумеречные состояния в судебно-психиатрической клинике // Материалы I съезда нейрохирургов, психиатров, психиатров-наркологов Казакск. ССР 10-12. 12.87г. — Алма-Ата, 1987. — С. 97-99.

130. Печерникова Т.П. Судебные комплексные экспертизы // Судебная психиатрия. Руководство для врачей. — М., 1988. — С. 85-95.

131. Печерникова Т.П. Сосудистые заболевания головного мозга // Судебная психиатрия. Руководство для врачей. — М., 1988. — С. 167-179.

132. Печерникова Т.П. Психиатрическое освидетельствование осужденных // Судебная психиатрия. Руководство для врачей. 1988. — С. 52-56.

133. Печерникова Т.П., Наталевич Э.С. Диагноз в судебно-психиатрической экспертной практике // Судебно-медицинская экспертиза. — 1988. — № 2. — С. 44-48.

134. Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Литвиненко И.В. Судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза психопатических личностей // VIII Всесоюзный съезд невропатол., психиатр. и наркологов. — М., 1988. — Т.3. — С. 362-364.

135. Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Салаев А.С. Механизмы ООД больных приступообразной шизофренией // Профилактика ООД психически больных. — Калуга, 1988. — С. 98-100.

136. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Некоторые дискуссионные вопросы, касающиеся законодательства и применения мер медицинского характера в отношении лиц, совершивших ООД в состоянии кратковременного расстройства психической деятельности, спровоцированных алкоголем // Советское государство и право. — М., 1989. — № 5.

137. Печерникова Т.П., Наталевич Э.С., Герасимова С.М., Парунцева И.А., Посохова В.И. Динамика клинико-диагностических заключений судебно-психиатрической экспертизы (по материалам за 1966-1985гг) // Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1989. — С. 95-67.

138. Печерникова Т.П., Бацан С. В. Некоторые аспекты реабилитации психически больных с паранойяльными расстройствами // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших ООД. — М., 1989. — С. 35-42.

139. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Доброгаева М.С., Гонопольский А.М. Значение органической почвы в формировании исключительных состояний // Проблемы наркологии. — Душанбе, 1989. — С. 118-120.

140. Печерникова Т.П. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга и опухолях головного мозга // Судебная психиатрия. — М., 1990. — С. 98-105.

141. Печерникова Т.П. Вменяемость-невменяемость, их медицинский и юридический критерии. Недееспособность // Судебная психиатрия. — М., 1990. — С. 45-56.

142. Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Васюков С.А. Судебно-психиатрическая оценка психических нарушений у больных сахарным диабетом // Судебно-медицинская экспертиза. — 1990. — № 4. — С. 41-44.

143. Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Васюков С. А. Психические нарушения при сахарном диабете и их судебно-психиатрическое значение // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. — М., 1990. — С. 197-199.

144. Печерникова Т.П., Смирнова Т.А. Психические нарушения при сахарном диабете и их оценка в практике судебно-психиатрических экспертиз // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — Запорожье, 1990. — С. 120-122.

145. Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Шостакович Б.В. Кратковременные расстройства психической деятельности и исключительные состояния (диагностика, экспертная оценка): Методические рекомендации. — М., 1990. — 20 с.

146. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших в свете современной правовой политики // Правовые вопросы судебной психиатрии. — М., 1990. — С. 93-102.

147. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А. Судебно-психиатрическое значение травматических поражений головного мозга у несовершеннолетних // Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике. — М., 1990. — С. 80-86.

148. Печерникова Т.П., Т.И.Кадина, Н.В.Бутылина. Суицидоопасные стрессовые состояния (по материалам посмертных экспертиз) // Социальная и судебная психиатрия (история и современность). — М., 1990. — С. 330-334.

149. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б. Клиника и судебно-психиатрическая оценка психогенных состояний у несовершеннолетних потерпевших // Судебно-медицинская экспертиза. — М., 1991. — № 1. — С. 42-44.

150. Печерникова Т.П., Шутилов Б.И. Диагностика психических расстройств при посмертных судебно-психиатрических экспертизах // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. — М., 1991. — С. 19-26.

151. Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б., Литвиненко И.В. Психогенные состояния у несовершеннолетних потерпевших (кли-

204. Печерникова Т.П., Туденева Т.Н. Посмертная Судебно-психиатрическая экспертиза «по факту смерти» // Росс. психиатр. журн. — М., 2004. — № 2. — С. 15-20.
205. Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Цыро И.В., Шутилов Д.И. Сексуальное насилие: оценка тяжести вреда здоровью // Росс. психиатр. журн. — М., 2004. — № 5. — С. 43-48.
206. Печерникова Т.П., Сафуанов Ф.С., Дозорцева Е.Г., Шишков С.Н., Сулимовская Е.И. Судебно-психиатрические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого: Пособие для врачей. — М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 2004. — 43с.
207. Печерникова Т.П., Михайловская О.Г. Посмертная Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, страдавших сахарным диабетом // Материалы XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 315.
208. Печерникова Т.П., Михайловская О.Г. Психические нарушения при сахарном диабете и их Судебно-психиатрическая оценка при посмертных экспертизах в гражданском процессе // Росс. психиатр. журн. — М., 2005. — № 2. — С. 14-18.
209. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Синдром травмы изнасилования — частный вариант посттравматического стрессового расстройства // Посттравматическое стрессовое расстройство. — М., 2005. — С. 110-120.
210. Печерникова Т.П. Посмертные Судебно-психиатрические экспертизы в экспертной практике // Социальные преобразования и психическое здоровье. — М., 2006. — С. 56.
211. Печерникова Т.П., Бутылина Н.В., Калинина Е.А., Носова С.К. Трудности диагностики исключительных состояний в практике судебно-психиатрической экспертизы (реакция «короткого замыкания») // Практика судебно-психиатрических экспертиз. — М., 2006. — Вып.44. — С. 198-209.
212. Печерникова Т.П., Михайловская О.Г. Клинико-психопатологический аспект судебно-психиатрической оценки психического состояния лиц с сахарным диабетом при проведении посмертной экспертизы // Судебная психиатрия. — М., 2007. — Вып.4. — С. 97-113.
213. Печерникова Т.П., Комарова Е.В. Посмертная Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с психическими расстройствами цереброваскулярного генеза в гражданском процессе // Судебная психиатрия. — М., 2007. — Вып.4. — С. 144-155.
214. Печерникова Т.П., Комарова Е.В. Психические расстройства цереброваскулярного генеза и их посмертная Судебно-психиатрическая оценка в гражданском процессе // Росс. психиатр. журн. — М., 2007. — № 1. — С. 23-27.
215. Печерникова Т.П., Калинина Е.А., Мамонова И.П., Дьякова Н.В. Сложности экспертной оценки сосудистых заболеваний головного мозга в практике посмертной СПЭ // Практика судебно-психиатрических экспертиз. — М., 2007. — № 45. — С. 316-327.
164. Печерникова Т.П., Кадина Т.И., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б. Жертвы сексуального насилия // Материалы X Европейского конгресса психиатров. — Испания, Мадрид, 1996. — С. 382.
165. Печерникова Т.П. Александр Максимович Дубинин // Очерки истории ГНЦССП им. В.П.Сербского. — М., 1996. — С. 193-195.
166. Печерникова Т.П., Гусинская Л.В. Амбулаторная Судебно-психиатрическая экспертиза // Назначение и проведение судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1997. — С. 17-26.
167. Печерникова Т.П., Лазько Н.В. Процессуальная дееспособность потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации // Росс. психиатр. журн. — 1997. — № 2. — С. 38-41.
168. Печерникова Т.П., Гусинская Л.В. Аффективные расстройства настроения // МКБ-10 судебной психиатрии. — М., 1997. — С. 60-75.
169. Печерникова Т.П. Судебная психиатрия / Под ред. проф. Б.В.Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — гл. 4, 7, 9, 10, 11, 13, 18.
170. Печерникова Т.П. Судебная психиатрия / Под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. — М.: Юристъ, 1998. — гл. 2.3, 5.6, 9.3, 10.2, 13.1, 13.2, 14.
171. Печерникова Т.П., Завидовская Г.И., Кадина Т.И., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А., Сулимовская Е.И. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза // Пособие для врачей. — М., 1998. — 68с.
172. Печерникова Т.П. Психические нарушения как телесные повреждения в свете нового уголовного законодательства // Материалы международной конференции. — Москва. 16-18 февраля 1998г. — М., 1998. — С. 164-165.
173. Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии аффекта (в редакции нового уголовного кодекса РФ) // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия. Пособие для врачей. — М., 1998. — С. 71-81.
174. Печерникова Т.П., Бутылина Н.В. Аффективные нарушения психотического и непсихотического уровня у онкологических больных (по материалам посмертных Судебно-психиатрических экспертиз) // Аффективные и шизоаффективные психозы (материалы научно — практич. конф. с международным участием. — М., 1998. — С. 436-438.
175. Печерникова Т.П., Андреев А.А. К вопросу об организационных формах работы амбулаторных судебно-психиатрических комиссий // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. — Москва-Хабаровск. — М., 1998. — С. 250-254.
176. Печерникова Т.П., Гусинская Л.В. Расстройства настроения // МКБ-10 в судебно-психиатрической практике. Пособие для врачей. — М., 1998. — С. 97-112.
177. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А. Виктимологические аспекты агрессивного поведения // Глоссарий терминов, относящихся к агрессивному поведению при психических расстройствах. — М., 1999. — С. 33-40.

178. Печерникова Т.П., Дианов Д.А. Динамика диагностических и экспертных решений в ГНЦ им. В.П.Сербского 1923-1998гг // Росс. психiatr. журн. 1999. — № 4. — С. 69-72.

179. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б. Виктимное поведение несовершеннолетних — жертв сексуального насилия // Психиатрия на рубеже тысячелетий. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 457-459.

180. Печерникова Т.П., Бутылина Н.В., Мамонова И.П., Завидовская Г.И., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А., Гусинская Л.В. Потерпевшие — жертвы агрессии (психопатологический и психологический аспекты) // Психиатрия на рубеже тысячелетий. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 459-462.

181. Печерникова Т.П., Бутылина Н.В. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе: Пособие для врачей. — М., 2000. — 32 с.

182. Печерникова Т.П., Бутылина Н.В., Завидовская Г.И., Корнилов А.П. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза; нерешенные вопросы экспертной оценки группового суицида среди подростков // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 2000. — Вып.38. — С. 5-21.

183. Печерникова Т.П. Посмертная Судебно-психиатрическая экспертиза // Материалы XIII съезда психиатров России 10-13.10.2000г. — М., 2000. — С. 214.

184. Печерникова Т.П. Жертвы агрессивных преступлений // Агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами (диагностика, профилактика, судебно-психиатрическая оценка). — М., 2000. — С. 35-38.

185. Печерникова Т.П., Остришко В.В., Гульдман В.В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушений у психически здоровых и психопатических личностей // Юридическая психология. / Под ред. Ромашова В.В., Романовой Б.В. — М.: Юрист, 2000. — С. 420-434.

186. Печерникова Т.П., Гусинская Л.В. Модели заключений амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз в отношении свидетелей и потерпевших // Обоснования Судебно-психиатрических заключений в свете современного законодательства. — М., 2000. — С. 62-67.

187. Печерникова Т.П. Судебная психиатрия // Программа спецкурсов юридических дисциплин МГУ. — М., 2001. — Ч.III. — С. 231-237.

188. Печерникова Т.П. Функциональный диагноз при судебно-психиатрической экспертизе потерпевших // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. — М., 2001. — С. 148-163.

189. Печерникова Т.П., Лазько Н.В., Бутылина Н.В., Усюкина М.В. Судебно-психиатрическая оценка пароксизмальных состояний у лиц, совершивших дорожно-транспортные происшествия // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 2001. — Вып.39. — С. 75-87.

190. Печерникова Т.П., Бутылина Н.В. Психические расстройства у жертв сексуального насилия и их судебно-психиатрическая оценка как тяжести телесных повреждений // Серийные убийства и социальная агрессия. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 402-404.

191. Печерникова Т.П. Паранойяльные состояния в кризисные периоды развития общества и их Судебно-психиатрическое значение // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 284-291.

192. Печерникова Т.П. и соавт. Стандарты Судебно-психиатрических экспертных исследований / Под ред. Дмитриевой Т.Б. — М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 2001. — 32 с.

193. Печерникова Т.П., Гусинская Л.В., Мамонова И.П. Стандарты судебно-психиатрического обследования при проведении амбулаторных Судебно-психиатрических экспертиз // Обоснование судебно-психиатрических заключений в свете современного уголовного законодательства. — М., 2002. — С. 62-67.

194. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А., Бутылина Н.В. Жертвы агрессивных преступлений // Агрессия и психическое здоровье. — М.: Юридический центр, 2002. — С. 284-324.

195. Печерникова Т.П., Качнова Н.А. Лазько Н.В. Патологический аффект в практике судебно-психиатрической экспертизы // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 2002. — Вып. 40. — С. 170-179.

196. Печерникова Т.П. Вопросы диагностики в практической деятельности амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз // Очерки современной психиатрии. — Кишинев, 2002. — С. 72-79.

197. Печерникова Т.П., Бутылина Н.В. Посмертная Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе: Пособие для врачей. — М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 2003. — 31 с.

198. Печерникова Т.П., Виргуш Е.В., Гусева О.Н., Дьякова Н.В., Туденева Т.Н. Постгипоксическая энцефалопатия у лица, совершившего суицидальную попытку, и ее судебно-психиатрическая оценка // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 2003. — Вып.41. — С. 379-390.

199. Печерникова Т.П., Гусинская Л.В., Лазько Н.В. Болезнь Альцгеймера в практике посмертной СПЭ // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 2003. — № 41. — С. 368-378.

200. Печерникова Т.П., Осколкова С.Н., Ткаченко А.А., Морозова Н.Б. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостваковича, А.А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — Гл.: 7, 10, 24, 25.

201. Печерникова Т.П., Сафуанов Ф.С. и др. Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемых: Пособие для врачей и медицинских психологов. — М., 2004. — 40 с.

202. Печерникова Т.П., Лазько Н.В., Калинина Е.А. Особенности диагностики бредовых расстройств в практике посмертной СПЭ // Практика судебно-психиатрических экспертиз. — М., 2004. — Вып. 42. — С. 297-307.

203. Печерникова Т.П. Особенности проведения посмертных СПЭ // Современные проблемы психиатрии в гражданском процессе. — М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 2004. — С. 25-32.

это могут быть социальные работники. Существенную роль могут играть и другие подразделения диспансера. Нередко больным бывает показана психотерапия и психокоррекция, которые могут осуществляться врачом-психотерапевтом или психологом. Часть пациентов, как уже отмечалось, хорошо адаптируются в условиях лечебно-трудовых мастерских. Наконец, существенную помощь может оказать периодическое направление больного в дневной стационар.

Большое значение при назначении АПНЛ и оценке возможности его проведения имеют некоторые дополнительные факторы. В частности, признаки алкоголизма и наркомании (токсикомании) следует оценить как абсолютное противопоказание для применения АПНЛ. В самом деле, синдром зависимости, который может играть существенную роль в генезе самых различных болезненных состояний, как правило, не поддается терапии во внебольничных условиях. Очевидно, в еще большей степени это касается наших пациентов, подвергаемых лечению в принудительном порядке. Эти лица, по крайней мере, на первых порах нуждаются в строгом контроле и воздержании, что возможно только в условиях закрытого стационара.

Вторым моментом, который следует учитывать при назначении и проведении АПНЛ, являются условия, в которых проживает пациент, и физическая возможность обеспечить необходимый контакт с диспансером. Если больной дезадаптирован в бытовом отношении, проживает в асоциальном окружении, материально не обеспечен — все это порождает трудно учитываемые, но существенные психотравмирующие моменты, которые препятствуют надлежащей организации лечения, могут способствовать обострению психотического состояния или спровоцировать опасное поведение у дефектного больного.

Кроме того, в некоторых случаях, особенно в условиях такого мегаполиса, как Москва, где проводилось исследование, оказывается невозможным обеспечить необходимое диспансерное наблюдение: больной может не проживать по месту регистрации, менять место своего фактического жительства, иметь работу, связанную с разъездами, надолго уезжать за пределы города. Все это препятствует поддержанию совершенно необходимых для АПНЛ постоянных контактов с ПНД. Данные обстоятельства не должны упускаться из вида экспертами и судами на стадии выбора меры медицинского характера и расцениваться как противопоказание для назначения АПНЛ. В случае же их выявления эти факторы могут послужить основанием для изменения вида принудительной меры медицинского характера.

Литература

Абрамов С.В. Клинико-социальная характеристика невменяемых, направленных на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2003 — 20 с.

Дианов Д.А., Абрамов С.В. Зарубежный опыт амбулаторного принудительного лечения психически больных, совершивших общественно

ПРОБЛЕМЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ООД БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С.В. Абрамов

В своих трудах Т.П. Печерникова неоднократно писала о проблемах профилактики ООД психически больных. Особое внимание она уделяла контингенту больных, совершивших повторные ООД и страдающих шизофренией. Она указывала, что когда у больных шизофренией преобладают личностные аномалии, дефицитарные расстройства, нарушения аффективной сферы, то «биологическая терапия, улучшая психическое состояние, оказывается недостаточно эффективной для профилактики повторных ООД» (Печерникова Т.П., 1983). В таких случаях значительно большую результативность следует ожидать от социальных мер, направленных на трудоустройство, восстановление семьи, оформление опеки, устранение асоциального окружения. Также ее позиция заключалась в необходимости разработки для этого контингента личностных коррекционных психологических и психотерапевтических методик с большим удельным весом медико-коррекционных программ. Т.П. Печерникова обращала внимание на то, что при прекращении принудительного лечения следует внимательно рассматривать преморбидные особенности этой группы больных и их социальное окружение в условиях внебольничного наблюдения. Анализ и выводы Т.П. Печерниковой подготовили почву и сделали возможным введение внебольничной принудительной меры — амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ). У больных шизофренией с преобладанием негативных расстройств АПНЛ способствует ослаблению дезадаптирующего действия длительной принудительной госпитализации и, вместе с тем, выполняет дисциплинарные функции, позволяющие после их выписки из стационара осуществлять весь комплекс предложенных Т.П. Печерниковой мероприятий. По данным отечественных и зарубежных авторов, применение АПНЛ снижало повторность ООД и общественно опасного поведения данной группы больных в несколько раз (Иванова А.А., 2007; Neilbrun К. 1993).

По данным проведенных исследований (обследованы 100 человек, направленных на АПНЛ в ПНД г. Москвы), в значительной части случаев АПНЛ оказалось достаточно эффективным при негативно-личностных механизмах ООД, свойственных как раз тем больным шизофренией, у которых преобладают личностные расстройства. Среди состояний с преобладанием негативных расстройств и изменений личности можно

выделить ряд довольно отличающихся вариантов, особенно по психопатологическим механизмам опасного поведения. Прежде всего следует отметить значение изменений личности, имеющих в своей основе принципиально различные радикалы (Колос И.В., 1976; Печерникова Т.П., 1978; Дмитриев А.С., 2000; Морозова В.Д., 2000; Котов В.П., Мальцева М.М., 2005). В частности, речь идет, с одной стороны, о больных с преобладанием черт стеничности, повышенной инициативности, эгоцентризма, лидерских тенденций, с другой — о лицах с пониженной активностью, астеническими проявлениями, отсутствием определенной жизненной позиции, склонностью к пассивному «дрейфу» или следованию за лидером. Внешне поведение тех и других может быть довольно сходным, однако в его основе лежат качественно различные причины. Первые совершают различные поступки, в том числе и опасные, в связи с эгоцентричной жизненной позицией, эмоциональным огрубением, усилением низменных влечений. Асоциальное поведение приобретает у них характер определенного поведенческого стереотипа. Вторые по формальным признакам совершают иногда такие же ООД, однако по совершенно другим механизмам. Криминогенное значение в таких случаях приобретают изменения личности, которые могут быть отнесены к противоположному полюсу: повышенная внушаемость и склонность следовать за лидером, эмоциональная неустойчивость и раздражительная слабость, не поддающиеся контролю, неспособность мобилизовать в нужный момент свои интеллектуальные ресурсы для принятия взвешенного решения. В этих случаях ООД совершаются не по собственной инициативе больного, а в результате такого стечения обстоятельств, когда предъявляются повышенные требования к уязвимым сторонам его психики. Повторные деяния мало характерны для таких пациентов, поскольку ООД, как правило, не являются следствием ни определенной жизненной позиции, ни устоявшихся поведенческих стереотипов. Однако возможны и исключения, если провоцирующая ситуация у таких больных носит не случайный, преходящий, а стойкий, малообратимый характер или сама патологическая почва настолько выражена, что практически любая ситуация становится для них непереносимой, и это тоже приводит к повторному совершению ООД.

Разумеется, решение о рекомендации амбулаторного принудительного лечения, как и всякого другого, всегда должно основываться на индивидуальном подходе, и в большинстве таких наблюдений, очевидно, не следует торопиться с назначением АПНЛ. При практическом осуществлении данной меры отмеченные особенности направленных на АПНЛ больных с негативно-личностными механизмами ООД требуют от врача диспансера коррекции среды, в которой находится пациент.

В одних случаях это не представляет особых трудностей. Больной может иметь полноценную семью, не только склонную оберегать его от конфликтов и иных неблагоприятных обстоятельств, но и способную с помощью врача правильно оценить его состояние, проконтролировать выполнение врачебных назначений, поддерживать необходимый контакт

с диспансером. В других, менее благоприятных, случаях особое значение имеет выявление среди близких лица (или лиц), имеющего наилучший эмоциональный контакт с больным и, главное, способного и желающего влиять на него в указанном врачом направлении.

Не менее важно выявить и отрицательные ситуационные факторы, которые также могут быть связаны с кем-то из близкого окружения больного. Именно недостаточно щадящее, а иногда и конфликтное поведение близких нередко является психотравмирующим моментом, провоцирующим ООД. Врач с помощью медицинской сестры, социального работника прежде всего должен разобраться во взаимоотношениях в ближайшем окружении больного. Второй задачей является коррекция неблагоприятной ситуации. Чаще всего этого удается добиться с помощью инструктажа близких и самого больного, проведения семейной психотерапии. Иногда бывает необходима социальная помощь, например, по расселению больного с конфликтующим с ним членом семьи, решению вопросов пенсионного обеспечения, по направлению больного в лечебно-трудовые мастерские. Последнее позволяет и улучшить его материальное положение, и использовать собственно терапевтическое воздействие труда, и ограничить время пребывания больного в конфликтной ситуации.

Вся работа с больным во время АПНЛ может быть сведена на нет, если он находится под влиянием отрицательного лидера. По нашему мнению, при совершении ООД по механизму повышенной внушаемости и подчиняемости назначение АПНЛ допустимо лишь в случаях, когда контакт с лидером был случайным или, во всяком случае, не носил постоянного характера. Уточнение этого вопроса и является первой задачей диспансерного врача. Если выясняется, что контакт с лицом, оказывающим негативное влияние на больного, сохраняется, то необходимо принять возможные меры к его пресечению. Если это невозможно, следует инициировать вопрос об изменении вида принудительной меры на принудительное лечение в стационаре. В противном случае риск повторения ООД становится постоянным.

Значительно большую роль при курации больных с негативно-личностными механизмами ООД играет вовлечение в этот процесс сотрудников милиции. Участковому уполномоченному должны быть разъяснены механизмы опасного поведения больного и способы возможного воздействия на него. Речь идет, в частности, о директивном характере некоторых требований к самому больному, касающихся его поведения и конкретных поступков. Вмешательство милиции может оказаться полезным также при разрешении ситуаций, имеющих криминогенное значение. Это может быть связано с коррекцией поведения конфликтующей стороны, если речь идет о рецидивирующем конфликте, устранении отрицательного лидера, имеющего прямое отношение к совершенному ООД.

Целесообразно привлекать к работе с больным и другие организации и службы. Для отдельных категорий больных, особенно пожилых,

ной Азии и Закавказье: «Печерникова Тамара Павловна — мой учитель, наставник и друг. Это было в далекие 80-е годы, ещё в советское время, до перестройки, когда были единая страна, советские врачи, давали бесплатные путевки в ординатуру в г.Москву для жителей союзных республик. При этом бесплатно обеспечивали общежитием в центре города и платили зарплату. Мне посчастливилось быть обладателем такой путевки. В 1987г. я приехала в Москву для прохождения клинической ординатуры во Всесоюзном научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. Меня распределили в отдел амбулаторных экспертиз, в котором заведующей была профессор Т.П.Печерникова.

Хорошо сохранилось в памяти удручающее впечатление от общежития, которое находилось в соседнем с Центром очень старом здании, по типу коммунальной квартиры, давно требующем ремонта. После недельного проживания в трудных бытовых условиях я твердо решила вернуться домой. О своём решении сообщила своему руководителю Тамаре Павловне Печерниковой. При этом я не могла сдержаться от сильных эмоций, мне было очень обидно и жалко из-за бытовых проблем терять предоставленную мне возможность пройти обучение в ведущем институте психиатрии. Тамара Павловна внимательно выслушала мои жалобы, сопроводившиеся горькими слезами, посмотрела на меня строго и спросила: «Вы для чего приехали в Москву? Учиться? Так учиться.» Эти слова были пророческими и прозвучали для меня как заклинание. Я ожидала сочувствия, сопереживания, сожаления и ещё много... А в ответ получила категоричный и необсуждаемый приказ продолжить обучение. И как результат — успешное завершение клинической ординатуры, защита кандидатской диссертации в стенах вышеуказанного института.

Я очень благодарна судьбе за то, что она свела меня с таким Человеком, как Тамара Павловна. За годы общения с ней я прошла настоящую школу жизни, не только психиатрии. Мы стали хорошими друзьями. Она всегда поддерживала меня добрыми советами, интересовалась проблемами. Конечно же, с её помощью мои условия проживания были улучшены. Она нередко приглашала меня домой попить чаю. В Алматы Тамара Павловна тоже была у меня в гостях. В институте врачи говорили: «Тамара Павловна — эксперт от бога». Это был психиатр наивысшей категории. Я горжусь тем, что прошла школу профессора Печерниковой Тамары Павловны».

Кандидатская диссертация Б.З.Шаиховой «Некоторые аспекты судебно-психиатрической экспертизы малолетних потерпевших», выполненная под руководством профессора Т.П.Печерниковой, была защищена в 1993г. Один из основных выводов этой работы: «Для малолетнего потерпевшего дополнительными травмирующими моментами являются расследование дела, необходимость повторных многократных рассказов о случившемся, что нередко является более сильным для детей психогенным фактором, чем само обстоятельство правонарушения. Поэтому в некоторых случаях в связи с вышеизложенным, при проведении судеб-

опасные деяния (обзор литературы) // Рос. психiatr. журн. — М., 1999 — № 6. — С. 54 — 59.

Дмитриев А.С. Показания к изменению принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 233-243.

Иванова А.А. Амбулаторное принудительное лечение больных шизофренией и расстройства шизофренического спектра (клинико-социальный и реабилитационный аспекты): Автореф. дис... канд. мед. наук. — Томск, 2007— 23с.

Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Принципы дифференцированного принудительного лечения // Принудительное лечение психически больных. — М., 1996. — Ч.1. — С.7-27.

Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. — М., 1995. — 237 с.

Колос И.В. Исследование некоторых личностных особенностей больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия // Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976, — С.94-96.

Морозова В.Д. Взаимоотношения шизофрении и экзогенной церебральной сосудистой патологии // Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины: Сборник научных трудов, посвященный 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПб ГМУ им. И.П. Павлова. — С.-Пб, 2000 — С.71-72.

Печерникова Т.П., Афанасьева Н.П., Салаев А.С. Повторные общественно опасные действия больных шизофренией с вяло-прогредиентным течением (по материалам принудительного лечения) // Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия. — М., 1983. — С. 31-33.

Печерникова Т.П. Принудительное лечение и другие меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим общественно опасные действия // Судебная психиатрия. — М., 1978. — Гл.5. — С. 65-80.

Печерникова Т.П., Герасимова С.М., Афанасьева Н.П. Особенности принудительного лечения больных шизофренией без признаков обострения заболелания // Принудительное лечение в системе профилактики ООД психически больных. — Благовещенск, 1985. — С. 61-65.

Печерникова Т.П., Косачев А.Л. Принудительное лечение больных психопатиями и с паранойяльными состояниями // Принудительное лечение в системе профилактики ООД психически больных. — М., 1987. — С. 74-92.

Heilbrun K., Griffin P.A. Treatment of insanity acquittees // Int. Journal Law Psychiat. — 1993. — Vol.16, № 1. — P. 133 -150.

УЧИТЕЛЬ, НАСТАВНИК И ДРУГ КАЗАХСТАНСКИХ ПСИХИАТРОВ. ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА Т.П.ПЕЧЕРНИКОВОЙ

С.А.Алтынбеков, Р.Г.Илешева, Л.Е.Базарбаева, А.Т.Бабькпаева
Республиканский научно-практический центр психиатрии,
психотерапии и наркологии (Казахстан, Алматы)

Тесное сотрудничество казахстанской и российской психиатрии, в частности судебной, началась с середины 30-х годов прошлого столетия. С тех пор многие психиатры из Казахстана прошли последипломную подготовку по общей и судебной психиатрии в Москве, в Институте им. В.П.Сербского. Во время обучения на курсах специализации и тематического усовершенствования, а также в ординатуре и аспирантуре у них устанавливались не только официальные, но и личные контакты с ведущими судебными психиатрами.

Начиная с 60-х годов XX в. и по настоящее время в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского были подготовлены десятки кандидатских и докторских диссертаций представителей многих бывших советских республик, а теперь и стран содружества, в частности Казахстана. Виднейшие ученые этого головного научно-практического центра по судебной психиатрии были консультантами, научными руководителями, оппонентами этих работ. Общение с ними оставило неизгладимый эмоциональный след, стимулировало дальнейший творческий рост.

Профессора Тамару Павловну Печерникову хорошо знали казахстанские психиатры. В советский период, когда Институт им. В.П.Сербского курировал научно-практическую деятельность по судебной психиатрии в союзных республиках, в частности в Казахстане, Тамара Павловна неоднократно приезжала в Алма-Ату в составе судебно-психиатрических экспертных комиссий для проведения наиболее диагностически сложных экспертиз. Казахские психиатры имели возможность непосредственно общаться с большим ученым, прекрасным клиницистом. Глубокие научнообоснованные анализы каждого заключения были школой для наших врачей-экспертов.

В неофициальных встречах, за чашкой чая, Тамара Павловна, знакомясь с членами их семей, особенно с пожилыми родителями, проявляла живой интерес к самобытной казахской культуре, интересовалась национальными особенностями быта, одежды, кухни.

И в последующем, при встречах в Москве на российских и международных форумах, уже в начале XXI в., она не забывала об этих встречах, расспрашивала о психиатрах старшего поколения, интересовалась каждым из них, называя их по именам и фамилиям и радуясь их успехам.

Т.П.Печерникова была научным руководителем, официальным оппонентом ряда диссертационных работ казахстанских психиатров, выполненных и защищенных в Институте им. В.П.Сербского, и куратором клинических ординаторов, проходивших там обучение. Необходимо отметить многогранность Т.П.Печерниковой как ученого. Ее научные работы касаются вопросов клиники и судебно-психиатрической оценки бредовых расстройств, проблем комплексных судебно-психиатрических экспертиз, судебно-психиатрической профилактики, судебно-психиатрических экспертиз свидетелей и потерпевших (Печерникова Т.П., 1969 — 2004). Поэтому и тематика диссертационных работ казахстанских психиатров, по которым она была научным руководителем или официальным оппонентом, также разнообразна.

Так, известный казахстанский психотерапевт Т.К. Кудеринов в 1986г. защитил кандидатскую диссертацию «Возрастная динамика юношеских психопатий (клинико-катамнестические исследования, судебно-психиатрический аспект)» в Институте им. В.П.Сербского. Его научным руководителем была В.А. Гурьева, а официальными оппонентами — Т.П.Печерникова и О.Д. Сосюкало.

Заведующая отделом социальной и судебной психиатрии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (РНПЦ ППН) Л.Е.Базарбаева свою кандидатскую диссертацию, посвященную формированию психопатоподобных расстройств возбудимого круга у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, также защитила в этом институте в 1992г. Официальным оппонентом ее работы была профессор Т.П.Печерникова. Сейчас Лаззат Ермурзаевна с теплом вспоминает Тамару Павловну не только как большого ученого, крупного клинициста и судебного психиатра, но и как замечательного человека. Встречи с ней в Алма-Ате, а также в Москве, в гостях у Тамары Павловны, оставили неизгладимые впечатления об этом неординарном человеке, ее прекрасных душевных качествах.

Ныне ученый секретарь РНПЦ ППН Алтынай Толегеновна Бабькпаева в 1997-1998 гг. обучалась в клинической ординатуре в Центре под руководством Т.П.Печерниковой. В отделе амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, где она проходила обучение, царил теплая, дружественная обстановка, в создании которой была большая заслуга Тамары Павловны. Позже, в 2001г., при повторной встрече с ней на курсах специализации Тамара Павловна проявила чуткость и внимание, готовность помочь в дальнейшем обучении.

Человеческие качества Тамары Павловны были многогранны, это видно из яркого воспоминания Шаиховой Барилы Задашевы, теперь менеджера одной из крупных фармацевтических компаний в Централь-

Тамаре Павловне сочетался и природный дар, и огромный профессиональный опыт. Она была необычайно одаренным и проницательным психиатром. В дальнейшем, анализируя манеру её работы, я пришёл к выводу, что в первые минуты беседы с пациентом она составляла о нём определенное профессиональное мнение (то, что называется «видела» пациента), а затем в беседе уже развивала своё видение, буквально «вытягивая» из него психопатологию. Кроме того, она была очень мудрым, прозорливым, тонко чувствующим людей человеком, и именно Тамара Павловна сыграла решающую роль в моей профессиональной судьбе, способствовав моему поступлению в аспирантуру и став моим научным руководителем.

Научное наследие Т.П.Печерниковой весьма обширно. Одно из центральных мест в нем занимает проблема бредовых расстройств, в частности, сутяжно-паранойяльных состояний (Печерникова Т.П., 1969-2001). В своих работах Т.П.Печерникова подчеркивала сложность патогенеза данных расстройств и указывала на неоднозначные, смешанные механизмы различных форм сутяжно-паранойяльного бреда. В зависимости от сочетания в структуре бреда конституционных и психогенных факторов и удельного веса каждого из них организуются неоднородные как по клинической картине, так и по исходу симптомы патологического кверулирования. Ранее сутяжный бред трактовался то как самостоятельная форма психического заболевания, то как синдром в рамках различных форм психических заболеваний, и в настоящее время нет полной ясности о месте сутяжно-паранойяльных состояний в ряду других паранойяльных расстройств. Так, в руководстве по психиатрии (Тиганов А.С., 1999) в разделе общей психопатологии данный вариант паранойяльных расстройств не упоминается вовсе (по-видимому, в связи с тем, что с ним сталкиваются преимущественно судебные психиатры), сам же паранойяльный бред относится к интерпретативному бреду (бреду толкования), не проведена четкая граница между сверценными образованиями и сверхценным бредом. Точка зрения Т.П.Печерниковой (1969) заключалась в том, что сутяжно-паранойяльные состояния должны рассматриваться как синдромы в рамках самых различных нозологий и сутяжничество является лишь способом реализации бреда. Данная позиция знаменует окончательный отход от концепции паранойи Э.Крепелина и новое понимание кардинального вопроса паранойи — механизма бредообразования, толкуемого с вненозологических позиций. Эта научная точка зрения, которая сейчас становится общепринятой в психиатрии, означает и отказ от подхода к паранойяльным состояниям с позиций «понимающей психологии», при котором основным признаком паранойи является «понятность» бреда, возможность «вчувствоваться в его содержание».

В то же время в своих работах Т.П.Печерникова указывала на клинико-феноменологическую неоднородность данных расстройств, обусловленную особенностями патологической «почвы». Вместе с тем патологическое кверулирование у больных с различными нозологическими

но-психиатрической экспертизы комиссия указывает на нецелесообразность для дальнейшего участия малолетнего потерпевшего в судебно-следственных действиях» (Шаихова Б.З., 1993).

Это мнение казахстанского ученого и её научного руководителя созвучно с высказываниями известного немецкого психиатра Р.Тёлле, который в 1999г. писал, говоря о невменяемости пожилых мужчин с болезнью Альцгеймера, совершавших действия сексуального характера в отношении детей: «Эти преступные действия не так опасны для детей, как полагает возмущенная общественность. Опаснее реакции взрослых в окружении обвиняемого и судебные допросы ребенка» (Райнер Т., 1999). Следует отметить, что эта работа Б.З.Шаиховой неоднократно цитировалась в российских, казахстанских и других национальных изданиях.

Научные труды Т.П.Печерниковой хорошо известны нашим судебным психиатрам. Они служат руководством в их научно-практической деятельности и вместе с работами её учеников-казахстанцев вошли в историю национальной психиатрии (Илешева Р.Г., 2006, 2007).

Литература

Илешева Р.Г. История психиатрии Казахстана. — Алматы, 2006. — 343 с. Илешева Р. Г. Геронтопсихиатрия. — Алматы, 2007. — 334 с.

Печерникова Т.П. Сутяжно-паранойяльные состояния и их судебно-психиатрическая оценка: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1969. — 574 с.

Печерникова Т.П., Васюков С.А., Ростовцева Т.И., Яхимович Л.А. Клинические особенности паранойяльных расстройств при шизофрении и их судебно-психиатрическая оценка при проведении экспертиз по гражданским делам // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. — М., 1985. — С. 140-147.

Печерникова Т.П. Паранойяльные состояния в кризисные периоды развития общества и их судебно-психиатрическое значение // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 284-291.

Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б., Литвиненко И.В. Психогенные состояния несовершеннолетних потерпевших (клиника и судебно-психиатрическое значение): Методические рекомендации. — М., 1993. — 19 с.

Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации: Методическое письмо. М., 1995. — 17 с.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б. Виктимное поведение несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Психиатрия на рубеже тысячелетий. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 457-459.

Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших // Судебная психиатрия / Под ред. Б.В.Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997 — с. 96-102.

Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии аффекта // Современное уголов-

ное законодательство и судебная психиатрия. Пособие для врачей. — М., 1998. — С. 71-81.

Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Остришко В.В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей: Методические рекомендации. — М., 1982.

Печерникова Т.П., Туденева Т.Н. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза «по факту смерти» // Рос. психиатр. журн. — 2004. — № 2. — С. 15-20.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Гусинская Л.В., Завидовская Г.И. и др. Потерпевшие — жертвы агрессии (психопатологический и психологический аспект) // Психиатрия на рубеже тысячелетий. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 459-462.

Печерникова Т.П. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим ООД // Судебная психиатрия. — М., 1986. — Гл.7. — С.61-76.

Печерникова Т.П., Березанцев А.Ю. Вопросы организации и проведения принудительного лечения больных олигофренией // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — М., 1994. — С.64-72.

Печерникова Т.П. Некоторые вопросы организации и проведения принудительного лечения больным олигофренией // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — Орел, 1996. — С.105-106.

Тёлле Р. Психиатрия (пер. с нем.). — Минск, 1999. — 379 с.

Шаихова Б.З. Судебно-психиатрическая экспертиза малолетних потерпевших. — Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1993. — 175 с.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ НАУЧНОГО НАСЛЕДИЯ Т. П. ПЕЧЕРНИКОВОЙ

А.Ю. Березанцев

*У подножья Сената, где бессмертье звенит
Я безвестным солдатом упаду на гранит.
И массив Арсенала в петербургскую хлябь
Погрузится устало, как огромный корабль.*

Строки, вынесенные в качестве эпиграфа, вспомнились совершенно неожиданно и ассоциативно, в связи с обстоятельствами нашего знакомства с Тамарой Павловной. Это было в середине 80-х годов прошлого века, когда я, будучи молодым психиатром, работал в известном учреждении «Кресты» на Арсенальной набережной Петербурга (тогда — Ленинграда). Это весьма колоритный и «не парадный» район Питера. Со всем неподалёку, в десяти минутах неспешной ходьбы, на Арсенальной улице располагалась (и благополучно существует поныне) Ленинградская психиатрическая больница специального типа — в просторечии «спецбольница» (с интенсивным наблюдением, по нынешней терминологии), куда я в дальнейшем перешёл работать. Поскольку специфика моей работы в тот период определяла некоторую ограниченность профессиональных контактов, я использовал любые возможности для расширения своего научного кругозора. Узнав, что в «спецбольницу» на так называемые «центральные комиссии» раз в полгода приезжают ведущие специалисты из Москвы, из Института имени В.П.Сербского, я стал их посещать. В числе этих специалистов была и Тамара Павловна. Внимательно наблюдая за их работой, я пытался понять профессиональные приёмы, манеру взаимодействия с пациентами, поскольку, по моим тогдашним представлениям, задачи, которые им предстояло решать, были архитрудными. Ведь за несколько дней каждому московскому специалисту нужно было осмотреть десятки пациентов, принять решение о продлении, прекращении или изменении им формы принудительного лечения. И это были не пациенты обычного психиатрического стационара (с которого я начинал свою профессиональную деятельность), а лица, совершившие тяжкие правонарушения, с искаженной системой отношений «врач-больной», нередко диссимилирующие или симулирующие психические расстройства. Конечно, каждому человеку что-то дано от природы, остальное он приобретает в процессе практической работы. В

современной феноменологии данное понятие означает направленность сознания на объект. Согласно Э.Гуссерлю (2001), «осознаваемые переживания называются также интенциональными, причем слово «интенциональность» означает здесь не что иное, как это всеобщее основное свойство сознания — быть сознанием о чем-то». Таким образом, в феноменологии Э.Гуссерля интенциональность означает смысловую направленность сознания на объект и, с одной стороны, предполагает наличие элемента активности, с другой включает широкий, многоплановый интенциональный контекст, поскольку «каждое переживание имеет... интенциональный *горизонт*, в котором осуществляются отсылки к открытым для самого переживания потенциальностям осознания» (Гуссерль Э., 2001).

Данная концепция позволяет рассматривать искажения смыслообразования при психической патологии не только как нарушение смыслов конкретных, доступных восприятию предметов, лиц и ситуаций, но и как качественные характеристики самой интенции, а также контекстуальный (онтологический) аспект — интенциональность в аспекте осознания иерархических взаимосвязей явлений окружающего мира. Применительно к проблеме шизофрении А.Кронфельд (1936) указывал: «считая, что каждое переживание есть интенциональный акт, я говорю о субстрате (материале) и качестве интенции. Для реализации полноценного переживания требуется соответствие, созвучность интенционального субстрата и интенционального качества. В шизофреническом переживании это соответствие нарушено: субстрату его не хватает тех звучаний, тех тональностей, которые неизменно присущи ему в нормальном переживании».

С позиций теории интенциональности представляет интерес рассмотрение бредовых расстройств, располагающихся на различных клинических полюсах, с целью установления универсальных базовых патопсихологических механизмов бредообразования. При паранойальном бреде больной правильно отражает окружающий материальный мир, но внутренние связи отражаются им извращенно. Такой бред всегда логически обоснован. Больной может развивать цепь логических доказательств, отстаивать свою правоту. Он бесконечно дискусирует и приводит все новые и новые аргументы. Паранойальный бред всегда систематизирован, это система, хотя и построенная на кривой логике, но все же на логике (Снежневский А.В., 2001). Таким образом, при паранойальном бреде страдает преимущественно контекстуальный (онтологический) аспект — интенциональность осознания иерархических взаимосвязей окружающего мира (хотя неизбежно искажается также и смысл окружающих объектов и событий). Такой бред можно назвать преимущественно *контекстуально-объектным*. Напротив, при острых формах бреда наблюдается совершенно другая клиническая картина. Наиболее общими чертами различных вариантов острого бреда являются выраженность и сменяемость аффективных расстройств, полиморфизм бреда с неустойчивостью, изменчивостью фабулы, диффузностью бредовых постро-

формами имеет ряд общих черт — это синдром, свойственный различными заболеваниями, однако несущий черты, специфичные для конкретной нозологии. Т.П.Печерникова подчеркивала сложность диагностики и судебно-психиатрической оценки подобных состояний, поскольку в фабуле бредовых идей имеется обращенность к социальным и бытовым мотивам, находят отражение реальные психотравмирующие обстоятельства, присутствуют сохраненные личностные качества. Таким образом, в данной проблеме тесно переплетаются клинические, социальные, теоретические и методологические проблемы. В лекциях, которые Т.П.Печерникова читала психиатрам, проходившим курсы последипломного образования, она излагала критерии диагностики паранойальных расстройств, среди которых одним из кардинальных называла манифестацию дереализационно-деперсонализационных нарушений. Под ними подразумевается дереализация по эндогенно-процессуальному типу с нарушением смысловой составляющей восприятия (в отличие от характера дереализации при депрессивных нарушениях, где ведущей является утрата аффективной составляющей, эмоционального тона восприятия, сопровождающаяся переживанием «болезненного бесчувствия»). Бредовая дереализация означает переструктурирование картины мира в сознании больного в соответствии с фабулой бреда и своеобразную эгоцентрическую позицию пациента по отношению к окружающим явлениям, т.е. то, что П. Жане назвал «патологической интенциональной социальной субъективизацией и объективизацией» (Аккерман В.И., 1935). Необходимо отметить, что данный критерий распространяется на все клинические формы бредовых расстройств (с той разницей, что при паранойальных состояниях эта дереализация может формироваться медленно, а при острых состояниях иногда происходит мгновенно по типу «кристаллизации», «бредового инсайта» или «озарения»). Такое понимание феномена бреда свидетельствует о глубокой проницательности Т.П.Печерниковой как клинициста и ученого.

Общеизвестно, что бредовые расстройства являются центральной проблемой общей психопатологии. В значительной степени это обусловлено тем, что бред имеет некое качественное отличие от других видов психических расстройств. Большая часть психических нарушений (например, аффективные расстройства настроения или невротический расстройств) в той или иной степени перекликается с нормальными психическими функциями, как бы вырастают из них, являясь их болезненным искажением, и потому доступны для понимания «изнутри» (другими словами, можно мысленно поставить себя на место больного и понять его переживания). Бред же представляет собой качественно иную субъективную психическую реальность, совершенно недоступную для понимания стороннего наблюдателя. Это указывает на то, что в основе бреда лежит некая структурная «поломка» психического аппарата, порождающая, в свою очередь, многообразные по форме и содержанию психопатологические бредовые феномены. Поэтому «видеть в бредовой идее ложное представление, которого больной упорно придерживается

и которое невозможно исправить — значит понимать проблему упрощенно, поверхностно, неверно... Мыслить о чем-либо как о реальном, переживать его как реальность — таков психический опыт, в рамках которого осуществляется бредовая идея» (Ясперс К., 1997). С этой точки зрения противопоставление бреда «первичного» (паранойяльного, системного, интерпретативного, интеллектуального) и «вторичного» (параноидного, чувственного, образного) не оправдано, поскольку обе полярности представляют собой различные стороны единого феномена. Поэтому, с одной стороны, «бредовая идея — это первичный феномен, который важно увидеть в его истинной сущности» (Ясперс К., 1997). С другой стороны — «любой бред в принципе всегда вторичен не только из-за предшествующих ему аффективных нарушений... но и по отношению к предваряющим его идеаторным нарушениям, патопсихологическая сторона которых... недостаточно изучена» (Ануфриев А.К., 1994). Именно «первичность», психологическая невыводимость любых клинических форм бреда из нормальных психических процессов заставляет предположить некий универсальный, близкий характер первичных психологических нарушений, лежащих в основе всех бредовых расстройств. Вместе с тем бред встречается при многих нозологических формах психической патологии, он весьма разнообразен по своим структурным характеристикам и может носить как хронический, прогрессирующий, так и временный, преходящий характер (например, при психогенных параноидных). Это заставляет предположить, что первичное расстройство, лежащее в основе разнообразных бредовых феноменов, также может иметь свои динамические и качественные характеристики, на которые могут влиять разнообразные факторы. Поэтому вслед за справедливым утверждением А.Кронфельда (1936) о том, что проблему психологического основного расстройства при шизофрении (которое служит основой, в том числе и для бредообразования) можно ставить безотносительно к возможности локализовать это расстройство, можно ставить и проблему близости основных расстройств, лежащих при бредообразовании в рамках различных нозологий. Это ни в коей мере не будет означать стирания отличий между различными психическими заболеваниями: патобиологические процессы лежащие, например, в основе шизофрении и органических психозов, абсолютно отличаются. Это лишь будет указывать на то, что патобиологические процессы, лежащие в основе этих заболеваний, на определенных этапах своего развития могут порождать схожие первичные психические изменения, которые являются основой для развития бреда. Об этом свидетельствует нередко встречающееся сходство психопатологических бредовых феноменов при разного рода нозологических формах психических расстройств, на отдельных этапах их развития. Однако особенности бредовых расстройств хотя и клинически разнообразны, но имеют ограниченный набор структурных признаков, образующих клинические полярности (например, систематизированный — несистематизированный, паранойяльный — парафренный) при сохранении его основного признака — психологичес-

кой «невыводимости». Если рассматривать бред как вторичное продуктивное образование, отражающее реакцию личности на произошедшие изменения, то определенное внутреннее единство бредовых феноменов заставляет говорить и о единстве вторичных (личностных) психопатологических механизмов бредообразования. Таким образом, исходя из сказанного, целостное рассмотрение проблемы бредообразования предполагает осмысление структурных и качественных характеристик, с одной стороны, как первичных психологических нарушений (носящих негативный характер, т.е. характер ослабления или выпадения функции), так и, с другой стороны, вторичных продуктивных психопатологических образований (т.е. бреда в собственном смысле слова). Для подобного анализа более всего подходит феноменологический подход. Вместе с тем последние крупные работы, выполненные в данном русле и посвященные изучению механизмов бредообразования, датированы 30-ми годами прошлого столетия. Как указывает К.Ясперс (1994), «феноменология не имеет дела с генезом психических феноменов. Она является лишь предпосылкой для такого генетического исследования, оставляя его в стороне и не подвергаясь вероятности быть им опровергнутой или стимулируемой». И он же отмечает, что «феноменология бредовых переживаний едва ли вообще предпринималась. Все, что имеется в этом плане, заключено в работах об эмоциях как о первом симптоме паранойи» (Ясперс К., 1994). Но данное утверждение не вполне точно, поскольку работа В.И.Аккермана (1936) является феноменологической по своей сущности, так же как и научное произведение В.Х.Кандинского, (на что указывает К. Ясперс), посвященное смежной проблеме — псевдогаллюцинациям, поскольку «псевдогаллюцинации... оказывают на дальнейшее развитие интеллектуального бреда влияние ничуть не меньшее, чем настоящие галлюцинации» (Кандинский В.Х., 2001). Представляется очевидным, что у больных с бредом существенно нарушены все основные звенья психической деятельности, хотя эти искажения могут быть асимметричными, что, как можно предположить, и определяет клиническое разнообразие бредовых феноменов. Наиболее часто бредовые расстройства встречаются при шизофрении. Л.С.Выготский (1932) считал патологию функции образования понятий основным патопсихологическим нарушением при этом заболевании. Как указывает Ф.В.Кондратьев (2006), расстройство самосознания при шизофрении — это специфический интеграл нарушений тех специфических процессов, которые формируют Я-концепцию личности на основе искаженного понимания смыслов информации из источников внутреннего и внешнего мира, т.е. расстройство конвенциональной социальной экспектации — смыслообразования. Но если брать более широкий философско-психологический аспект, то в феноменологической психологии и философии в качестве основной характеристики психического рассматривается интенциональность (Гуссерль Э., 1992). Сам термин «интенциональность» (от лат. «intentionalis» — «имеющий цель») пришел из средневековой схоластики и означал целесообразность, смысловую направленность духовного познания. В

ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ДЛЯ СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.Г. Булыгина

Социальный прогноз является неотъемлемой частью оценки степени общественной опасности психически больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре. Важность такого прогноза определяется необходимостью построения дифференцированных программ лечебно-реабилитационных мероприятий, так и решения вопросов о прекращении или изменении формы принудительных мер медицинского характера. Отечественными психиатрами (Блинов П.В. и др., 1964; Фрейеров О.Е., 1967; Лунц Д.Р., 1966, 1972, 1974; Печерникова Т.П. 1969, 1975) развивали понятие социальной опасности, в которое включали клинические, социально-бытовые и социально-психологические факторы. Но наиболее современными и по-прежнему актуальными является мнение Т.П. Печерниковой о необходимости учета динамического аспекта и отрицательного воздействия социальных факторов при оценке общественной опасности психически больных правонарушителей. Вышесказанное подтверждается и результатами метаисследования Kravitz H. и Kelly J. (1999), подтвердившими, что единственным показателем, связанным с совершением повторных ООД, является социальная адаптация больного.

Существенное значение для адаптации в широком смысле (ситуации длительного ПЛ, выписки из стационара, самостоятельного проживания, постановки диагноза, получения инвалидности и многое другое) больных с различной психической патологией придается субъективным оценкам пациентов и их соответствию реально сложившейся ситуации (Гейер Т.А., 1939; Личко А.Е., 1977; Белая И.И., 1981; Лепендина О.К., 1984; Логвинович Г.В., 1987; Горбацевич Л.А. и соавт., 1992; 1993), то есть качеству жизни. Важность для адаптации пациентов их осознанного отношения к заболеванию — в противовес патологической компенсации на уровне простого приспособления — подчеркивалась еще Д.Е. Мелеховым (1963). Т.П. Печерниковой (1978) особо выделялось значение проблеме комплаентности и критичности пациента к своим психопатологическим переживаниям: «Важным является отношение больного к лечению, так как положительный эффект от лечения нередко имеет

ений с отсутствием выраженных тенденций к систематизации (Вертоградова О.П., 1976). Наиболее специфичной составляющей этого варианта бреда является бредовое восприятие. Основной особенностью чувственного бреда может считаться обращенность его на предметы и явления, доступные непосредственному восприятию, находящиеся в пределах чувственной досягаемости. Направляющая идея, идеаторная разработка отсутствуют, происходит «первичное», «непосредственное» восприятие значения событий, предметов, слов в их новом качестве. С этих позиций чувственный бред может в равной степени быть назван бредом восприятия (Вертоградова О.П., 1976). Однако, как справедливо замечает L. Huber (1964), даже если бы были выявлены функциональные изменения восприятия, то «мы имели бы только частичное условие происхождения бреда». С позиций концепции интенциональности, при острых формах бреда происходит искажение смыслов в отношении конкретных, доступных восприятию предметов, лиц и ситуаций (хотя, разумеется, страдает и контекстуальная составляющая). Такие формы бреда можно назвать *объектно-контекстуальными*. Таким образом, если у больных с явлениями острого чувственного бреда нарушения интенциональности (смыслообразования) касаются преимущественно лиц, объектов и явлений окружающего мира, доступных непосредственному восприятию, то при параноидальном бреде когнитивный компонент переработки информации (непосредственное интенциональное «схватывание» смыслов окружающих явлений) нарушен в меньшей степени, однако в большей степени страдает понимание контекста наблюдаемых явлений («интенциональный горизонт»). К промежуточным формам бреда можно отнести хронические параноидные и парафренические состояния, при которых объектная и контекстуальная составляющие нарушены приблизительно в одинаковой мере.

Таким образом, частая схожесть бредовых психопатологических феноменов при разных нозологических формах психических расстройств на отдельных этапах их развития заставляет предположить, что эти феномены могут иметь в своей основе сходное патопсихологическое расстройство (обусловленное церебрально, безотносительно к его локализации), одной стороны, и близкие механизмы вторичных продуктивных образований, отражающих личностную реакцию на произошедшие изменения, — с другой. Подобное предположение позволяет выйти за рамки рассмотрения механизмов бредообразования при отдельных нозологиях, например шизофрении или органических психозах, и охватить весь спектр бредовых расстройств под определенным углом зрения. В то же время представляется очевидным, что значительное разнообразие клинических проявлений бреда предполагает возможность значительных качественных различий (при неизменном сохранении их сущности) как в первичных психологических нарушениях, так и в механизмах вторичных психопатологических образований.

В данной статье лишь поставлен вопрос о новой систематике бредовых расстройств и механизмов бредообразования. Эта фундаменталь-

ная проблема всегда привлекала внимание исследователей, и Т.П.Печерникова своими трудами, посвященными данным вопросам, глубокими и ясными клиническими и научными представлениями внесла свою лепту в развитие учения о бредовых расстройствах.

Литература

Аккерман В.И. Учение Жане о бредообразовании // Сов. невропатология, психиатрия и психогигиена. — 1935. — Т.IV. — Вып. 8. — С. 149-168.

Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного бреда. — Иркутск, 1936. — 136 с.

Ануфриев А.К. Варианты бредообразования (с учетом концепции Вернике о трех формах психического отражения) // Психиатрия в России вчера, сегодня и завтра. — СПб., 1994. — С. 17-26.

Вертоградова О.П. Психопатологические аспекты острого бреда // Вопросы общей психопатологии. — М., 1976. — С. 63-70.

Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении // Сов. невропатология, психиатрия и психогигиена. — 1932. — Т.I. — Вып. 7. — С. 352-364.

Гуссерль Э. Амстердамские доклады. Феноменологическая психология // Логос. — №3. — 1992. — С. 62-80.

Гуссерль Э. Картезианские размышления. — М.: Наука, 2001. — 320 с.
Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. — М.: Медицинская книга, 2001. — 157 с.

Кондратьев Ф.В. Особенности самосознания больных шизофренией (к проблеме мотиваций агрессивного поведения психически больных) // Агрессия и психические расстройства. — М., 2006 — Т. 1. — С. 80-103.

Кронфельд А. Современные проблемы учения о шизофрении // Труды института им. Ганнушкина / Под редакцией С.В. Крайца и М.З. Каплинского. — М., 1936. — С. 7-56.

Печерникова Т.П. Сутяжно-паранойяльные состояния и их судебно-психиатрическая оценка. — Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1969. — 574 с.

Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Дискуссионные вопросы вменяемости при шизофрении // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект). — М., 1983. — С. 20-28.

Печерников Т.П., Васюков С.А., Ростовцева Т.И., Яхимович Л.А. Клинические особенности паранойяльных расстройств при шизофрении и их судебно-психиатрическая оценка при проведении экспертиз по гражданским делам // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. — М., 1985. — С. 140-147.

Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Смирнова Г.Г. О разграничении паранойяльных состояний различного генеза // Пятый советско-финляндский симпозиум по вопросам психиатрии. — М., 1985. — С. 89-93.

Печерникова Т.П. Паранойяльные состояния в кризисные периоды развития общества и их судебно-психиатрическое значение // Психиатрия и общество. 2001. — С. 284-291.

Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С 46-47.

Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 208 с.

Ясперс К. Феноменологическое направление исследования в психопатологии // Логос. — 1994. — №5. — С. 25-41.

Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
Huber L. Wahn (1954 bis 1963) // Fortschr. Neurol., Psychiat. — 1964. — Bd. 32. — H. 9. — S. 429-489.

альности. Самоотношение претерпевает изменения в возрастной перспективе. Считается, что оно является новообразованием подросткового возраста, а точнее, к периоду пубертату оно оформляется как личностная характеристика. По сравнению с самооценкой самоотношение является более глубинной характеристикой личности, менее корригируемой во взрослом состоянии и более податливой к изменениям в подростковом возрасте. Это связано с тем, что самооценка предполагает при инициации и развертывании поведенческих программ постоянного интерпсихического взаимодействия с ней. А самоотношение как психологический конструкт менее осознаваем и, следовательно, более аффективно заряжен и более константен.

По мнению авторов методики, психологически комфортным состоянием следует считать такой профиль самоотношения, при котором первые 7 шкал (закрытость, самоуверенность, саморукводство, отраженное самоотношение, самоценность, самопринятие, самопривязанность) находятся выше середины оси на шкале стенов (выше 5.5 Стен), а значения 8-й и 9-й шкал — внутренней конфликтности и самообвинения располагаются ниже.

На рис.2 представлены диаграммы средних значений параметров психологического благополучия в экспериментальных группах в сравнении с нормой.

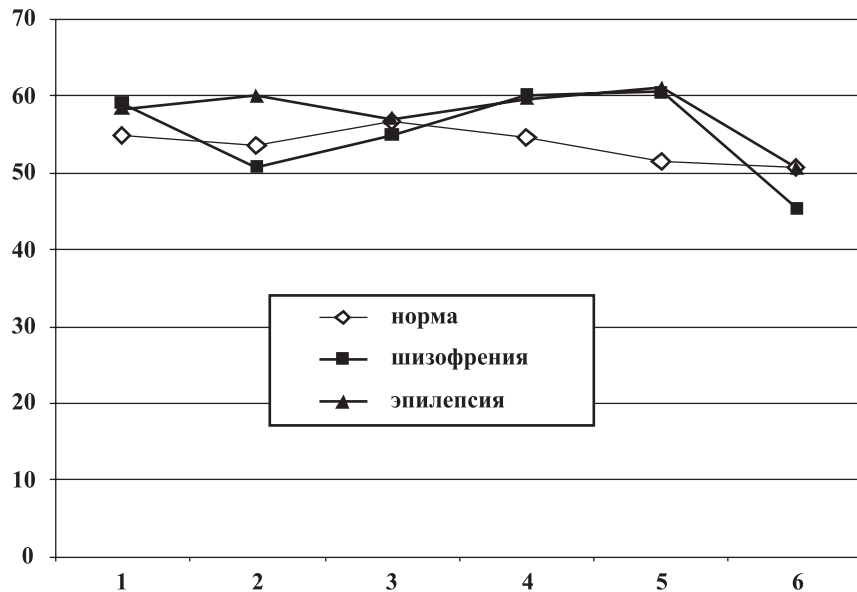


Рис.2. Сравнительные данные средних значений по методике «Психологическое благополучие».

Условные обозначения: 1 — Поз. Отношение, 2 — автономность, 3 — компетентность, 4 — личностный рост, 5 — цели в жизни, 6 — самопринятие.

место только при систематическом применении соответствующих препаратов». (Печерникова Т.П., 1978)

В случае уже развившегося заболевания клинический прогноз определяется в значительной степени характером болезни и в меньшей степени — психологическими и психосоциальными характеристиками. Однако социальный прогноз обуславливают преимущественно психологические и психосоциальные переменные.

Соответственно вся психодиагностическая работа психолога на принудительном лечении должна завершаться формулированием функционального диагноза, основным стержнем которого является прогнозирование характера и степени общественной опасности больного. Патопсихологический функциональный диагноз, на наш взгляд, является неотъемлемой частью клинко-социального функционального диагноза и формулируется совместно с другими специалистами.

Схема функционального диагноза во время ПЛ может быть представлена следующим образом (рис.1)

Каждый из специалистов, исходя из своих компетенций, проводит исследование и анализ клинических, социально-психологических характеристик больного. Результаты диагностики всех профессионалов, осуществляющих принудительное лечение, обсуждаются совместно. После этого формулируется функциональный диагноз, на основании которого

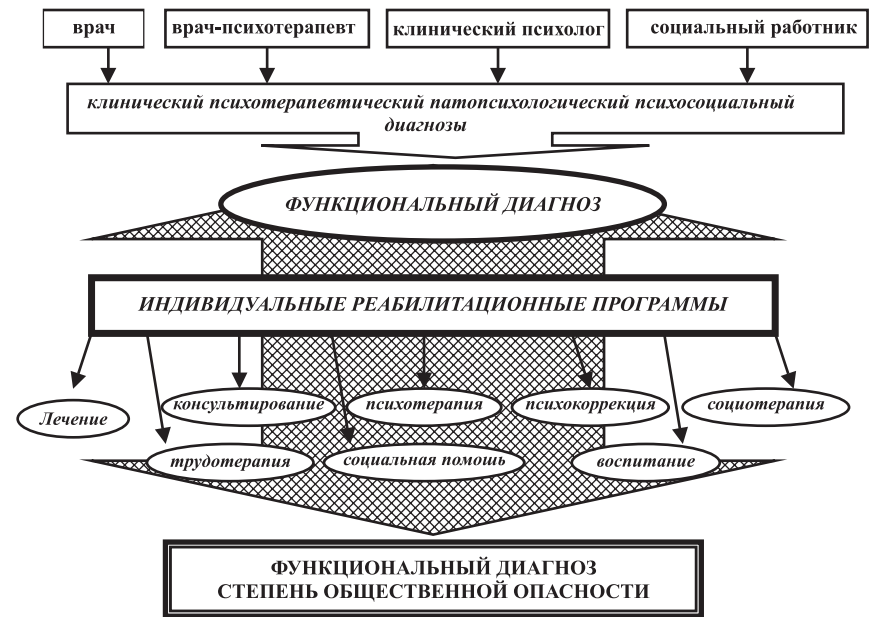


Рис.1 Схема постановки функционального диагноза во время ПЛ.

составляются индивидуальные программы лечебно-реабилитационных мероприятий.

С периодичностью один раз в полгода (как правило, совпадающей со сроками проведения комиссий) проводятся динамические исследования, оцениваются характер динамики состояния больного, его стабильность, эффективность реабилитационных мероприятий, успехи больного в овладении различными социальными навыками. И на основании комплексного анализа динамических факторов определяется степень общественной опасности.

Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что логика анализа при формулировании психологом функционального диагноза отличается от логики анализа клинициста и более тесно связана с задачами, решаемыми социальными работниками.

Патопсихологический функциональный диагноз формулируется на основе последовательного выяснения и сбора информации о больном.

1. Идентификация имеющихся проблем, включающая анализ:

а) знаний больного о себе, самоотношения, восприятия других
б) чувств и эмоций, отклонений в их качестве или интенсивности, уровня переносимости и терпимости к собственным состояниям.

в) социального функционирования (межличностные проблемы, вторичная выгода от имеющихся расстройств, склонность к созависимым или непостоянным интенсивным или экстенсивным отношениям).

2. Оценка имеющихся или возможных последствий в жизни больного, связанных с выявленными проблемами, а также оценка коморбидности:

а) с депрессией, алкоголизмом, наркоманией
б) с симптомами первого ранга
в) с соматизацией или психосоматическим реагированием.

3. Оценка особенностей функционирования больного:

а) профессионального функционирования
б) семейной системы
в) социального функционирования (жилищная ситуация, финансовый, социальный статусы).

4. Анализ обстоятельств, в которых больной испытывает наибольшие затруднения, включающий дифференцирование факторов:

а) провоцирующих
б) декомпенсирующих
в) хронифицирующих

5. Определение вклада выявленных факторов:

а) в агрессивные формы реагирования
б) в обострение имеющейся симптоматики, в нарушение сохраненных навыков.

Такая логика анализа позволит сделать реабилитационные мероприятия, и прежде всего их социальный и психокоррекционный аспекты, мишень-ориентированными. Т.П. Печерникова (1984) была убеждена: «При проведении принудительного лечения различное биологическое

лечение следует сочетать с реабилитационными процессами, расставляя акценты и избирая предпочтительные формы с применением дифференцированного анализа личностно-мотивационной сферы больно».

Данное положение развивалось в дальнейшем коллегами Т.П. Печерниковой. Так Чудновский В.С. (1982), Логвинович Г.В. (1987), Бояршинова Т.Н. (1984), Носенко Н.Ф. (1992), Логвинович Г.В., Т.Семке (1995), Мальцева М.М., Котов В.П. (1995-2007) подчеркивали, что для успешной адаптации больного важна выработка у него адекватности принятия внешних обстоятельств, собственной личности и своих возможностей.

Психологами Лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики (Абдраязкова А.М., 2006-2008) в рамках совместных исследований с клиницистами (Усюкина М.В., Корнилова С.В., 2006-2008, Воронин В.С., 2008, Омельченко Л.В., 2008) были проанализированы особенности субъективных оценок и мотивационно-личностной сферы больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре.

Были обследованы 70 больных шизофренией с психопатоподобными состояниями (вялотекущая психопатоподобная — F-20.0, 20.3, 20.6, по МКБ-10) и 54 больных эпилепсией (G 40, F.0 — органические, включая симптоматические психические расстройства).

Предметом исследования были особенности самоотношения и оценка психологического благополучия больными. Методический комплекс включал опросник «Шкалы психологического благополучия» (С. Ryff, 1995), апробированный на российской выборке А.М. Абдраязковой (2003), методику исследования самоотношения (МИС) (С.Р.Пантилеев, 1993), а также ряд других тестов.

Первая методика измеряет шесть составляющих психологического благополучия: позитивное отношение к себе и своей прошлой жизни (самопринятие — Self-Acceptance); наличие целей и занятий, придающих жизни смысл (цели в жизни — Purpose in Life); способность выполнять требования повседневной жизни (компетентность — Environmental Mastery); непрекращающееся чувство развития и самореализации (личностный рост — Personal Growth); отношения с другими, пронизанные заботой и доверием (позитивные отношения с другими — Positive Relations with Others); способность следовать собственным убеждениям (автономность — Autonomy).

Исследование самоотношения по методике МИС направлено на выявление следующих шкал: закрытость — открытость, самоуверенность, саморукводство, отраженное самоотношение, самооценочность, самопринятие, самопривязанность, внутренняя конфликтность, самообвинение.

В трактовке авторов методики самоотношение — конструкт, описывающий психологическую реальность, не тождественную самооценке, которая является составной частью самосознания. Это predisposition личности, задающая вектор направленности процессов принятия решений, регуляции поведения, построения картины мира, восприятия ре-

КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.В. Вандыш-Бубко, М.В. Гиленко

Особая значимость органических психических расстройств (ОПР) в общей и в судебной психиатрии неоднократно отмечалась в литературе в качестве самостоятельных заболеваний и в структуре сочетанной психической патологии, при этом исследователи отмечали практическую незученность возрастного аспекта данных расстройств.

Т.П. Печерникова рассматривала органические психические расстройства как «психические аномалии» с широким спектром нервно-психических нарушений, разнообразных по клиническим проявлениям и степени выраженности, которые, не нарушая глубоко критических способностей, определяют, тем не менее, психический облик испытуемого, особенности его мотивационной сферы, опосредованно сказываются на поведении и поступках таких лиц, их социальной адаптации. Как одна из важнейших задач в судебной психиатрии ею называлась необходимость разработки четких клинических критериев диагностики психических расстройств при органических поражениях головного мозга не только применительно к решению вопроса о вменяемости, но и о способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать показания, о возможности таких лиц самостоятельно и полноценно осуществлять свое право на защиту (Печерникова Т.П., 1977, 1978, 1987).

Стабильное на протяжении ряда лет преобладание количества обвиняемых, страдающих органическим психическим расстройством, в практике судебно-психиатрической экспертизы, а также варибельность последствий органического поражения головного мозга, их возрастная специфика дают принципиальную возможность для исчерпывающего сравнительного анализа при разных клинических проявлениях органического психического расстройства.

Изучение особенностей клинического оформления органических психических расстройств свидетельствует, что случаи, относимые к ОПР, неоднородны и составляют самостоятельные группы, отличающиеся по ряду клиничко-динамических характеристик. При сохранении общего для всех стереотипа развития и основных закономерностей течения имеются значительные различия как в синдромальных особенностях, так и в исходе заболевания.

Обращает внимание, что средние значения переменных личностного роста и цели в жизни в группе больных выше, чем в группе нормы.

Структура психологического благополучия у больных эпилепсией отличается высокими показателями переменных автономность и цели в жизни по сравнению с нормой, что можно интерпретировать как большую независимость в поступках, суждениях, оценках своего поведения и регуляции поведения с преимущественной опорой на внутренние критерии, нежели на социальные нормативы.

Неожиданными казались низкие показатели в группе больных шизофренией по шкале автономность, что свидетельствует о более низкой способности к самоопределению и независимости; о трудностях независимого поведения и оценки себя, исходя из личных стандартов.

По данным методики исследования самоотношения, группу больных эпилепсией отличали высокие значения по шкалам «самопривязанность, внутренняя конфликтность и самообвинение» и существенно более низкие значения — переменной «отраженное самоотношение» (рис.3).

Высокие значения самопривязанности отражают ригидность Я-концепции. Одновременно выявляется высокая внутренняя конфликтность, которая, как правило, сопровождается тревожно-депрессивными состояниями, низкой самооценкой, фрустрированностью ведущих потребно-

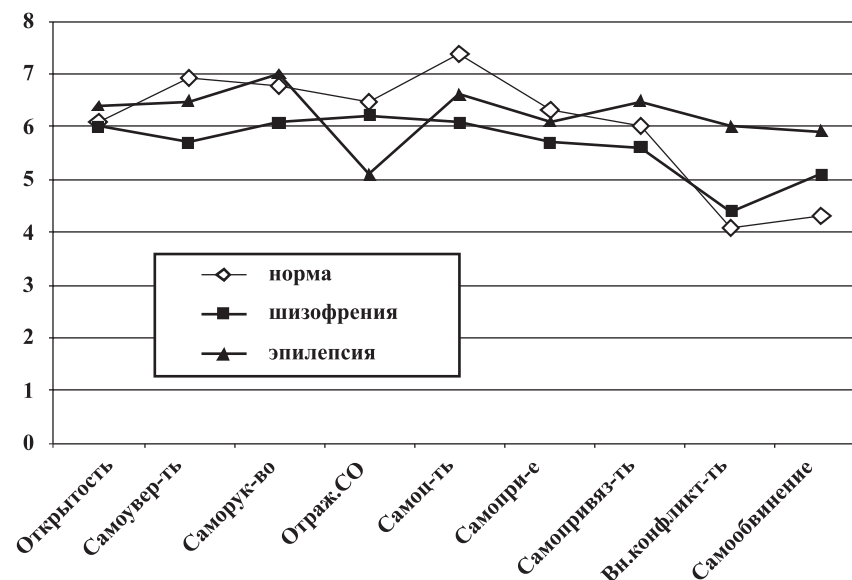


Рис.3. Сравнительные данные средних значений по Методике исследования самоотношения.

Условные обозначения: 1 — открытость, 2 — самоуверенность, 3 — саморук-во, 4 — отраженное самоотношение, 5 — самоценность, 6 — самопринятие, 7 — самопривязанность, 8 — внутренняя конфликтность, 9 — самообвинение.

стей и наличием ригидных аффективных комплексов. Характерно, что конфликтность и сопутствующие ей негативные эмоции обусловлены не приписыванием себе вины за неудачи, а, наоборот, связаны с трудностями локализации их истинного источника. Амбивалентное отношение к себе подтверждается высокими значениями самообвинения, отрицательными эмоциями в адрес «Я». При этом, установка на самообвинение сопровождается внутренней напряженностью и «открытостью» к восприятию отрицательных эмоций (смещение атрибуций). Такая дисгармоничная картина самоотношения дополняется у больных эпилепсией представлениями о том, что их личность, характер и деятельность не способны вызывать у других уважение, симпатию, одобрение, понимание и т.п.

У больных шизофренией, несмотря на отсутствие пиков в целом картина самоотношения отражает серьезное психологическое неблагополучие, стигматизацию не только за счет своей болезни, но и в связи с совершенными правонарушениями. Самоуверенность и самооценочность в этой группе больных ниже, а самообвинение выше, чем в группе нормы и больных эпилепсией. Это свидетельствует о неудовлетворенности своими возможностями, ощущении слабости, сомнениях в ценности собственной личности и способности вызвать уважение других.

Таким образом, настоящее исследование подтвердило значимость следующих положений.

Первое — социальный прогноз является одним из ключевых компонентов оценки общественной опасности психически больных. Социальная адаптация, в особенности у непсихотических больных, определяется не только клинико-социальными характеристиками, но и личностно-мотивационными особенностями больных. Среди последних важным представляется не только учет характерологических черт и структуры патопсихологического синдрома, а изучение особенностей субъективных оценок больных.

Литература

Абдраязова А.М., Булыгина В.Г. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации // Рос. Психiatr. журн. — М. 2006. — № 3. — С. 37-41.

Абдраязова А.М., Ениколопов С.Н., Садальская Е.В., Психология здоровья и проблемы психологического благополучия. — Сб. Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. — М.: Институт человека, 2003.

Булыгина В.Г., Воронин В.С. Проблема оценки риска внутрибольничной агрессии. Проблемы профилактики общественной опасности психически больных (сборник научных трудов). Москва-Троицкое, 2007. С.78-83

Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л., 1985

Котов В.П., Мальцева М.М. Опасные действия психически больных. — М., 1995.

Лунц Д. Р., Тальце М. Ф., Герасимова С. М. и др. Значение социальных факторов в генезе общественной опасности больных шизофренией // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1978. — С. 11-18.

Мелехов Д.Е. Показатели эффективности реабилитационной работы в психиатрических учреждениях // Клинические аспекты социальной реадaptации психически больных. — М., 1976. — С.4-11.

Никонов В.П. Роль преморбидных особенностей в формировании опасного поведения больных шизофренией // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — М., 1994 — С. 140-145.

Носачев Г.Н. Психотерапия и психокоррекция в наркологической реабилитации (методология и семантика) // Рос. психiatrэ журн.— 2001.— № 6, — С. 63-64.

Пантилеев С.Р., Столин В.В. Опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы. — М., 1988. — С.123-130.

Печерникова Т.П. Показания к назначению и снятию принудительного лечения больных, совершивших ООД // Проблемы принудительного лечения психически больных. — М., 1978. — С. 14-21.

Печерникова Т.П. Принудительное лечение и другие меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим общественно опасные действия // Судебная психиатрия. — М., 1978. — Гл.5. — С.65- 80.

Печерникова Т.П. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим ООД // Судебная психиатрия. — М., 1986. — Гл.7. — С. 61-76.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Мартыненко В.П. Значение мотивации общественно-опасных действий психически больных для их социальной реадaptации // Тезисы докладов 6-го Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. — М., 1975. — Т.1. — С. 416-419.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей / Под ред.В.П.Котова. — М., 2001. — 350 с.

Усюкина М.В., Корнилова С.В., Булыгина В.Г. Клинико-психологические факторы общественной опасности больных эпилепсией (структурно-динамический подход) Российский психиатрический журнал. — 2008 — № 2. — С. 21-26.

Фрейеров О.Е. О криминальности психопатических личностей в аспекте задач по профилактике правонарушений // Судебно-медицинская экспертиза. — 1967. — № 4. — С. 40-45.

Шостакович Б.В. Функциональный диагноз в судебной психиатрии. — М., 2001.

Шумаков В.М. и др. Определение риска общественно опасных действий психически больных с учетом комплекса факторов // Профилактика ООД психически больных. — М., 1986. — С.46-52.

опатогенетическое значение, и собственно органическими психическими расстройствами интоксикационного, травматического генеза (т.е. несосудистого), где этот фактор играет преимущественно патопластическую роль (Ню Т.Г., 2002).

Отчетливая специфика судебно-психиатрической экспертизы, предполагающая учет ведущего в клинической картине психического расстройства, обуславливает необходимость выделения у этих лиц двух категорий расстройств — дефицитарных (в том числе деменций) и продуктивной психопатологической симптоматики, прежде всего бредовой (Ню Т.Г., 2003).

Собственно возрастные органические психические расстройства (сосудистого либо атрофического генеза), присоединение различных соматических недугов, выключаящих людей из социальной жизни, несмотря на большую частоту сочетанной экзогенной органической патологии, — один из важных патогенетических и патопластических компонентов органической патологии у лиц зрелого возраста. Являясь преимущественно прогрессирующими заболеваниями, с особенностью динамики в виде острых и волнообразных форм течения, сосудистые поражения головного мозга отличаются и рядом патокинетических особенностей, обусловленных спецификой судебно-психиатрического контингента обследованных. В их числе феномен «преждевременного старения»; манифестный (не всегда распознаваемый в силу недостаточности анамнестических сведений) тип начала болезни; редуцированность начального этапа заболевания; ускоренное выявление психоорганических расстройств (как личностных, так и дефицитарных, прежде всего интеллектуально-мнестических).

Для лиц со смешанными ОПР в пожилом возрасте характерными являются сочетанность этиологических факторов с преобладанием церебрально-сосудистого. Течение заболевания у этих больных, по наблюдениям Т.Г. Ню (2002), характеризуется преимущественно постепенным началом болезни за счет поступательной динамики уже имеющихся психоорганических расстройств и отчетливым усугублением прогрессивности болезненного процесса в связи с включением патогенетического сосудистого фактора; резким повышением в клинической картине удельного веса дефицитарных, нейтральных, с точки зрения возрастной окраски, расстройств по типу тотальной деменции.

Основное феноменообразующее значение сосудистого возрастного фактора в этих случаях может быть обозначено как преимущественно патокинетическое — меняющее динамические параметры заболевания за счет усугубления компенсированных органических психических расстройств травматического, интоксикационного генеза, а также включения отчетливых общепатологических (нейтральных в возрастном отношении) деструктивных тенденций.

В тех случаях, когда в клинике органического психического расстройства возрастная психическая патология представлена минимально (при ОПР иного, не сосудистого, генеза) имеет место своего рода «поляриза-

Одним из основных факторов, определяющих эти различия и влияющих на особенности психопатологических проявлений наряду с конституционально-наследственными особенностями больных, сопутствующей соматической и сосудистой патологией, злоупотреблением психоактивными веществами, является возраст больных к началу заболевания, поскольку возраст, в котором перенесена экзогенно-органическая вредность, определяет прежде всего преобладание тех или иных патогенетических механизмов. Возрастной фактор сам по себе при органических психических расстройствах может иметь различную этиопатогенетическую значимость, обуславливая различные варианты его патопластики (изменения клинического оформления картины болезни) и патокинеза (изменения типа динамики).

Практика СПЭ показала, что ОПР у лиц молодого возраста представлены преимущественно резидуальными состояниями с преобладанием тех или иных патогенетических механизмов (дизонтогенез либо повреждение). При этом даже в случае относительно стабильных резидуальных состояний органическому психическому расстройству свойственна определенная динамика: либо это возрастная эволютивная динамика, либо связанная с формированием тех или иных патологических состояний на органически неполноценной почве (Гайдук Ф.М., 1985; Гурьева В.А. и соавт., 1994). Эта динамика отражает процессы репарации, компенсации и декомпенсации нарушенных функций (Ковалев В.В., 1983; Дедков Е.Д., 1989).

Специфика органических психических расстройств, обусловленных последствиями раннего органического поражения головного мозга, заключается в том, что благодаря высокой пластичности нервной системы, значительных компенсаторных возможностей основной особенностью динамики ОПР становятся обратное развитие собственно органической симптоматики, стабильность либо улучшение состояния от допубертатного к взрослому, положительные эволютивные тенденции в случаях, не осложненных дополнительными экзогенными (Леонова Т.В., 2006). Следует отметить, что эта благоприятная динамика может быть нарушена вследствие специфики самого органического поражения, преципитирующего влияния возрастных кризов (Личко А.Е., 1985) либо в силу совокупности неблагоприятных внешних воздействий (Гурьева В.А. и соавт., 1994; Леонова Т.В., 2006).

Непрерывный и неравномерный процесс психофизического развития в детском и подростковом возрасте обуславливает усугубление резидуально-органической церебральной недостаточности при действии в этот период на развивающийся организм различных экзогенно-органических факторов, что способствует более патологичному протеканию пубертатного периода, при этом органическое поражение головного мозга может выступать и как самостоятельное заболевание, и как «почва» при других нозологиях (Музыченко Е.Н., 2006).

Варианты дизонтогенеза, как следствие перинатальной патологии, в виде аномалий (органический инфантилизм) или дефектов развития (за-

держка и поврежденное развитие в форме органического личностного расстройства), при нередком усугублении поведенческих расстройств в подростковом возрасте обуславливают ограничение возможностей социализации, высокую вероятность формирования диссоциального личностного склада (Леонова Т.В., 2006). Специфическая возрастная динамика этих вариантов состоит в том, что здесь можно наблюдать своеобразные «ножницы» за счет нивелирования собственно органической психопатологии при одновременном нарастании социальных проблем, нарушенного поведения (Берсенева Ю.А., 2004).

Проблема органически обусловленной пограничной психической патологии в судебно-психиатрической практике, а также значительные трудности квалификации ранних резидуально-органических поражений головного мозга в период пубертатного криза связаны с существенным видоизменением их клинической картины. Это привело к тому, что в последние десятилетия систематизация, типология и особенности течения ранних резидуально-органических поражений ЦНС стали предметом исследования многих судебных психиатров. Е.В. Макушкин (2002) предложил систематику дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств в детско-подростковом возрасте: асинхронии (количественные девиации формирования), аномалии (количественно-качественные девиации формирования), дефекты (качественные девиации формирования) — как состояний, имеющих церебрально-органическую почву. Сравнительно-возрастной анализ при изучении психического дизонтогенеза в периоды, связывающие детский, подростковый, юношеский и зрелый возраст был проведен в работе Е.Н. Музыченко (2006).

Перинатальное поражение как этиологический фактор в дальнейшем может утрачивать свое значение, уступая место сочетанным психическим расстройствам с другими ведущими этиологическими факторами. В таких случаях психическое расстройство представляет собой более тяжелую, с общепатологической точки зрения, патологию по типу органической энцефалопатии, сформировавшейся при прогрессивном течении ОПР под влиянием новых экзогенных факторов. Ранняя органическая недостаточность в этих случаях выступает как фактор предрасположенности.

В отличие от дизонтогенетических форм резидуально-органических расстройств общую психопатологическую основу преимущественно энцефалопатических форм составляют различные варианты психорганического синдрома, который у детей протекает атипично, а в подростковом и юношеском возрасте чаще всего проявляется психопатоподобным синдромом (Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994). Возрастная динамика психопатоподобных расстройств заключается в однообразии проявлений и ограниченном круге личностных синдромов (в основном эксплозивный и вялоастенический варианты). К периоду зрелости на первый план выступают явления органического дефекта, а характерологические нарушения на фоне ослабления органической симптоматики уходят на второй план. В практике судебно-психиатрической экспертизы такие больные с неблагоприятными формами резидуально-

органических расстройств, осложненных дополнительными экзогенными вредностями, психогениями, встречаются довольно часто, представляя полиморфные по структуре и различные по уровню поражения психики симптомокомплексы.

При этом на всех этапах (преморбид, начальные проявления болезни, ее сформированная картина) для этих лиц характерно преобладание социально-клинических проблем над собственно клиническими (Берсенева Ю.А., 2004, Тарханов В.С., 2004).

Резидуально-органическая недостаточность как конституционально-биологический фактор играет большую роль в формировании психофизической зависимости от токсических веществ, алкоголя, наркотических средств, что, в свою очередь, осложняет возрастную динамику психических расстройств. Кроме того, наличие особенностей клинического оформления ОПР неизбежно влечет за собой специфические диагностические проблемы на разных возрастных этапах (Дыгова Н.В., 2004; Музыченко Е.Н., 2006; Гамаюнова Т.Л., 2007). Типичная проблема дифференциальной диагностики в допубертатном периоде — отграничение органически обусловленных задержек психического развития от умственной отсталости; в подростковом возрасте — дифференциация декомпенсаций личностных расстройств, проявлений патологического пубертатного криза при ОПР от манифестных вариантов эндогенных заболеваний; в постпубертатном возрасте — обоснование выздоровления в случаях зарегистрированного на этапе незавершенного онтогенеза органического психического расстройства, дифференциальная диагностика ОПР и иных актуальных нозологических категорий.

Органические психические расстройства в зрелом возрасте, напротив, характеризуются доминированием совокупности отчетливых клинических проблем, обусловленных органическими причинами, с преобладанием одного из патогенетических механизмов (в данном случае это энцефалопатия и инволюция), достоверно менее благоприятным прогнозом болезни (Ню Т.Г., 2002; Берсенева Ю.А., 2004).

Специфике судебно-психиатрической оценки церебрального атеросклероза посвящено значительное количество специальной литературы (Гордова Т.Н., 1963; Гайдай Е.С., 1975; Криворучко Ю.Д., 1980; Белов В.П., 1983 и др.). В соответствии с представлениями большинства исследователей (Штернберг Э.Я., 1983, и др.), сосудистые поражения головного мозга, протекающие с психическими расстройствами, оцениваются как преимущественно прогрессирующее заболевание. Однако это не исключает возможности стационарных форм болезни и даже регрессивного ее течения.

С учетом этиопатогенетической значимости возрастного фактора органические психические расстройства у пожилых лиц чаще бывают представлены собственно возрастными расстройствами (почти исключительно церебрально-сосудистыми), органическими расстройствами смешанного генеза (сосудистого, травматического, интоксикационного), при которых возрастная фактор имеет паритетное (наряду с иными) эти-

Леонова Т.В. Отдаленные последствия ранних церебрально-органических поражений (диагностика, судебно-психиатрическая оценка): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 225 с.

Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.

Макушкин Е.В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое значение дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств у подростков: Автореф. дис... д-ра мед наук. — М., 2002 — 52 с.

Морозов Г.В., Боброва И.Н., Печерникова Т.П. Анализ состояния и тенденции развития советской судебной психиатрии // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М. — 1978. — С. 3-10.

Музыченко Е.Н. Судебно-психиатрический катамнез психических расстройств подросткового возраста (по данным стационарной СПЭ ГНЦ им. В.П. Сербского): Автореф. дис... канд. мед. наук. — М. — 2006. — 19 с.

Наталевич Э. С., Посохова В. И., Ахмерова В. К. Роль возрастного фактора в патоморфозе психогенных депрессий // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. — М., 1985. — С. 129.

Ню Т.Г. Органические психические расстройства в пожилом возрасте (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка). Дис.... канд. мед. наук. — М., 2002. — 210 с.

Печерникова Т.П. Сосудистые заболевания головного мозга // Руководство по судебной психиатрии. — М. — 1977. — С. 212-225.

Печерникова Т.П., Смирнова Г.Г. Органические поражения головного мозга как «психические аномалии» в судебно-психиатрической практике // Материалы II съезда невропатологов и психиатров Армении. — Ереван: Айастан, — 1987. — С. 153-154.

Тарханов В.С. Сравнительно-возрастной анализ социально-демографических особенностей обвиняемых с органическим психическим расстройством в судебно-психиатрической практике применения ст. 22 УК РФ // Органическое психическое расстройство: современная диагностическая концепция. — М. — 2004. — С. 226-231.

Штернберг Э.Я. Сосудистые заболевания головного мозга // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. -М., 1983. — Т. 2. — С. 93-107.

ция» дефицитарных расстройств на энцефалопатические (не достигающие степени слабоумия) и глубокие формы деменции (при длительно текущих прогрессивных формах болезни). Кроме того, в этой группе при тяжелых вариантах болезни отмечается преобладание структурированных бредовых расстройств (Ню Т.Г., 2003).

Возрастная специфика и вариабельность последствий органического поражения головного мозга дают принципиальную возможность для сравнительного анализа взаимоотношений между ведущей (значимой для экспертизы) психопатологией и паттернами противоправного поведения обвиняемых. Как показывает практика, противоправная активность лиц с органическими психическими расстройствами в разные возрастные периоды различается по основным криминологическим характеристикам и обусловлена как психопатологическими особенностями, так и социально-личностными установками.

Влияние ранней органической патологии на формирование противоправного поведения вследствие имеющихся психических расстройств отмечал в своих работах Е.В. Макушкин (2002). Сочетание интеллектуального дефекта с ранними выраженными поведенческими и личностными расстройствами; неблагоприятным микросоциальным окружением, ранняя алкоголизация и массивное воздействие дополнительных экзогенных вредностей обуславливают нарушения социализации и являются фактором predispositions для формирования девиантного стиля поведения, раннего становления устойчивой криминальной активности (Гамаюнова Т.Л., 2007).

Мотивация содеянного у лиц старших возрастных групп может носить бытовой характер; нередко в реализации криминального деяния играют роль специфические органические личностные особенности (такие как эксплозивность, проблемы эмоционального контроля, гневливость, сверхценные переживания обиды в сочетании с нарушением прогностических способностей) или продуктивные психопатологические расстройства — бредовые и расстройства сознания (Ню Т.Г., 2003).

Возрастные особенности прослеживаются также в динамике органических психических расстройств после совершения правонарушения. Для лиц молодого возраста в этот период характерна легкость возникновения декомпенсаций с появлением ситуационно обусловленных психопатоподобных расстройств в сочетании с депрессивными состояниями, склонностью к дисфориям и реакциям протеста (Докучаева О.Н., Разумовская С.П., 1979; Белов В.П., 1982). Эти факторы, усложняя оценку состояния в период, относящийся к правонарушению, нередко влияют и на уголовно-процессуальную дееспособность подэкспертного.

Клинические особенности присущи и реактивным психозам позднего возраста (Захидов Д.А., 1971). В период обратного развития причинно-следственные связи психогенных, соматогенных и возрастных факторов не имеют линейных соотношений, в результате формируются формы заболевания, которые в своем клиническом оформлении и динамике определяются степенью выраженности и прогрессивностью церебраль-

но-органической патологии и возрастными изменениями психики, не исчерпываясь классическими синдромами позднего возраста (Наталевич Э.С., Посохова В.И., Ахмерова В.К., 1985).

Для лиц пожилого возраста характерна неблагоприятная динамика на этапе от правонарушения до СПЭ в связи с воздействием соматического (обострение хронических соматических заболеваний, динамические нарушения мозгового кровообращения) и психического (патогенное дезадаптирующее влияние психотравмирующей судебной-следственной ситуации) факторов. При этом динамика продуктивных расстройств на этапе «правонарушение/настоящее обследование» характеризуется их редукцией, в противовес им дефицитарные психоорганические расстройства на этом этапе явно усугубляются (Ню Т.Г., 2003).

Анализ приведенных данных позволяет убедиться, что указанная патология требует и совершенно иных судебно-психиатрических подходов, учитывающих все многообразие вариантов ОПР в различные возрастные периоды.

На этапе проведения экспертизы полиморфность психоорганических проявлений в разных возрастных группах и частота «переходных» в экспертном отношении состояний приводят к тому, что указанные расстройства — наиболее частая патология в практике применения ст. 22 УК РФ (Андреева Е.С., 2000). При этом у лиц юношеского возраста специфическую экспертную значимость приобретает сохраняющаяся в постпубертатном периоде подростковая психопатология, которая предопределяет актуальность использования нормы ограниченной вменяемости (Леонова Т.В., 2006). В пожилом возрасте актуальной предпосылкой для применения ст. 22 УК РФ становится высокий удельный вес умеренно выраженных дефицитарных психоорганических расстройств: органического личностного и, в меньшей степени, парциальной деменции (Ню Т.Г., 2003, Григоров А.А., 2007).

Таким образом, клиничко-возрастные особенности, характеризующие разные этиопатогенетические группы органических психических расстройств, определяют показатели социального функционирования, специфику криминального анамнеза, существенно влияют на мотивацию правонарушения, обуславливая связь между психопатологией и криминальной ситуацией. Кроме того, они имеют разный прогноз и являются крайне значимыми для судебной психиатрии, так как проявляются на всех этапах судебно-следственной ситуации, а следовательно, требуют различных судебно-психиатрических подходов, учитывающих все многообразие вариантов ОПР, разных путей профилактики и принудительного лечения.

Литература

Андреева Е.С. Судебно-психиатрическая оценка ОПР в соответствии со ст. 22 УК РФ: Автореф. дис.... канд.мед.наук. М., — 2000, — 28с.

Белов В.П. Факторы и варианты психогенных нарушений на различных этапах травматической болезни головного мозга // Психогенные (ре-

активные) заболевания на измененной «почве»: (Материалы научно-практической конференции). — Воронеж. — 1982. — Вып.2. — С. 193-197.

Белов В.П. Психотические эпизоды и пароксизмы при церебральном атеросклерозе // Неврологические и психиатрические аспекты ранних форм цереброваскулярной патологии: Тез. докл. — М., 1983. — Т. 2. — С. 24-26.

Берсенева Ю.А. Судебно-психиатрическая оценка обвиняемых, страдающих органическим с.расстройством личности (клинико-нейрофизиологическое исследование): Дис.... канд. мед. наук. — М., 2004. — 224с.

Вандыш В.В., Ню Т.Г. Органические психические расстройства в пожилом возрасте: Пособие для врачей. — М., 2003 — 26 с.

Гайдай Е.С. Повторные опасные действия больных церебральным атеросклерозом с бредовыми идеями // Клинические и организационные вопросы судебной и общей психиатрии. — Калуга. -1975. — С. 105-109.

Гайдук Ф.М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей /многофакторное исследование/: Дис... д-ра мед. наук. — Минск, 1985. — 413 с.

Гамаюнова Т.Л. Клиничко-возрастная динамика нарушений психического развития, диагностированных как умственная отсталость (по данным судебно-психиатрического катамнеза): Дис.... канд. мед. наук. — М. — 2007. — 160с.

Гордова Т.Н. Некоторые вопросы судебно-психиатрической экспертизы лиц с сосудистыми заболеваниями мозга // Проблемы невропатологии. — М., 1963. — С. 287-303.

Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск. — 1994. — 310 с.

Дедков Е.Д. Декомпенсация резидуально-органических психопатологических расстройств в пубертатном периоде: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 1989. — 18 с.

Докучаева О.Н., Разумовская С.П. Психогенная декомпенсация в клинике органического поражения головного мозга // Психогенные (реактивные) заболевания. — М. — 1979. — Вып. 1. — С. 77-80.

Дыгова Н.В. Клиничко-катамнестические особенности ранних органических психических расстройств // Органическое психическое расстройство: современная диагностическая концепция. — М. — 2004. — С. 53-58.

Захидов Д.А. Клинические особенности и судебно-психиатрическая оценка реактивных психозов в позднем возрасте: Автореф. дис-....канд. мед. наук. — М., 1971.

Ковалев В.В. Онтогенетический аспект резидуально-органических психических расстройств у детей и подростков: Тезисы докладов конференции детских невропатологов и психиатров РСФСР. — Москва, 1983. — С. 130-132.

Криворучко Ю.Д. Церебральный атеросклероз и его судебно-психиатрическое значение: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1980. — 194 с.

черкивалось, что эти причинно-следственные зависимости могут быть относительными. Такое положение связано, в частности, с возможностями психофармакологической терапии и иными возможностями, расширяющимися по мере развития медицинской науки. Этим вызвана необходимость периодически пересматривать установившееся соответствие между отдельными нозологическими формами и решением экспертных заданий.

При введении тех или иных новаций необходимо учитывать, во-первых, отсутствие стабильной систематики психических расстройств, а самое главное — недостаточно определенное содержание, вкладываемое в ту или иную нозологическую единицу. Во-вторых, произошло видоизменение структуры и динамики психических расстройств. Следует помнить о преобладании в судебно-психиатрической клинике подэкспертных с сочетанной психической патологией. Можно объяснять все перечисленные явления различными причинами, но клинический патоморфоз — это повседневная экспертная реальность. На практике данный феномен проявляется в уменьшении количества подэкспертных с наиболее неблагоприятными формами психических расстройств, в тенденции к увеличению удельного веса личностных расстройств различного генеза, осложненных зависимостью от психоактивных веществ.

Констатация психических расстройств предполагает различные варианты решения экспертных вопросов. При наличии тех или иных психических расстройств возможны периодические ухудшения психического состояния с появлением нарушений сознания, аффективных фаз, галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Поэтому подэкспертные в одних случаях могут считаться условно здоровыми, а в других — страдающими психическим расстройством. Такой континуум характерен для органических психических расстройств, для умственной отсталости и расстройств личности. Разнообразие градаций может быть при временных проходящих расстройствах — дисфории, психогении.

Основопологающим в этих случаях является сопоставление психических расстройств с психологическим критерием невменяемости. Трудности, возникающие на этом пути, можно также преодолеть, используя концепцию функционального диагноза. В этой связи необходимо наряду с феноменологическими параметрами использовать данные о фактической адаптированности подэкспертного, уровне его деятельности, степени сохранности социальных связей. Для судебно-психиатрической экспертизы самое сложное — выяснение влияния патологии психической деятельности на регуляцию поведения, взаимоотношение медицинских и психологических критериев юридических формул. Возникающие при судебно-психиатрической экспертизе трудности объясняются тем, что понятия «психическое здоровье — психическое расстройство» пересекаются в тех случаях, когда существует прямая причинно-следственная связь между психическим расстройством и нарушением регуляции психической деятельности. Во всех остальных случаях эксперту нужно оценивать структуру мотивации, целеобразования и целеполагания, со-

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: СООТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

В.В.Горинов, И.М.Ушакова, С.А.Васюков, С.В.Данилова

В исследованиях Т.П.Печерниковой важное место отводилось теоретическим вопросам судебной психиатрии, анализу содержательных характеристик составляющих юридические формулы невменяемости, недееспособности, процессуальной недееспособности потерпевших. До настоящего времени эти важные проблемы являются центральными в теории судебной психиатрии и экспертизы. По мере накопления клинических и психологических познаний исследователи всякий раз будут обращаться к ним.

Право регламентирует поведение людей при условии, что это поведение сознательно регулируется психической деятельностью субъекта. С точки зрения основ уголовного права, важно, что принципы вины предполагают сохранность психического здоровья в момент деяния. Человек может быть привлечен к уголовной ответственности, когда противоправное деяние было продуктом его сознания и воли. В гражданском праве возможность лица своими действиями приобретать для себя гражданские права и обязанности (дееспособность) предполагает сохранную способность понимать значение своих действий или руководить ими. Психическое состояние потерпевшего анализируется при решении вопроса о его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания. Согласно положениям п. 3 ст. 196 Уголовного процессуального кодекса Российской Федерации (УПК РФ), назначение судебной экспертизы обязательно, когда возникает сомнение в способности обвиняемого самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе.

Решение правовых и экспертных вопросов связано с определением психического здоровья, оценкой поведения человека в различных юридически значимых ситуациях. Способность личности к адекватному и согласованному управлению психическими функциями и поведением в процессе деятельности — кардинальный признак психического здоровья. У здорового человека мотивы поведения соответствуют интеллектуальному развитию, эмоциональным реакциям, нравственным установкам и социализации.

Проблема разграничения психической патологии и психического здоровья весьма важна и в связи с увеличением распространенности так

называемых пограничных психических расстройств, когда при судебно-психиатрической экспертизе трудно соотнести медицинские и психологические критерии юридических формул.

Здоровье — интегральная характеристика полноценности функционирования индивида. Понимание природы, механизмов нарушения и восстановления психического здоровья тесно связано с общим представлением о личности. Это весьма важно для судебной психиатрии, поскольку психиатрам-экспертам приходится оценивать не только глубину расстройства, но и личностные факторы. В психологии и медицине существуют разные подходы к проблеме психического здоровья, обращенные к различным сторонам нормального и аномального функционирования. Закон требует от врачей-психиатров диагностировать наличие или отсутствие психического расстройства в связи с различными судебными процедурами.

Диагностический процесс — это последовательность определенных этапов в клиническом и экспертном мышлении врача. Можно проследить его характерное движение: от наблюдения и изучения конкретного больного к рассмотрению сложных и абстрактных психопатологических конструкций и понятий, а от них — обратно к страданию, послужившему поводом для диагностического процесса. Методологии судебно-психиатрического диагноза посвящены работы отечественных судебных психиатров (Морозов Г.В., Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., 1983, Шостакович Б.В., 2004).

Теоретической предпосылкой разрешения проблем психиатрической диагностики вообще и судебно-психиатрического диагноза в частности является система нозологических взглядов.

Учитывая проблемы, связанные с описанием и типологией психопатологических расстройств, нозологической диагностикой, в современной классификации для каждого психического расстройства предлагается описание и основных клинических, и любых значимых признаков. В большинстве случаев врачи должны использовать диагностические указания, определяющие количество и соотношение феноменов, необходимых для достоверной диагностики.

Важной особенностью современной классификации является использование термина «психическое расстройство», под ним подразумевается клинически определенная группа симптомов, которые в большинстве случаев причиняют больному страдание и препятствуют личностному функционированию. Последнее означает нарушение психологического функционирования, снижение продуктивности и препятствие к выполнению социальной роли. Отметим и столь важное для судебно-психиатрической экспертизы ограничение (ст.22 УК РФ) или нарушение (ст. 21 УК РФ) сознательной регуляции поведения лица в юридически значимых ситуациях.

С позиций теории информации установление индивидуального и функционального диагноза в психиатрии является основополагающим. В судебно-психиатрической клинике диагноз не ограничивается только оп-

ределением того или психического расстройства или констатацией его отсутствия. Экспертная диагностика — это часть функциональной диагностики, когда сопоставляются качество психических расстройств с психологическими критериями. В последние годы проблема теории судебно-психиатрического диагноза и, соответственно, функциональной диагностики стала особенно актуальной вследствие ряда причин.

Прежде всего это отход от жесткого нозоцентризма при решении экспертных заданий, внедрение в судебно-психиатрическую практику критериев новых классификаций психических расстройств, употребление и психиатрами и юристами термина «психическое расстройство». По-видимому, по — новому должны учитываться логические и методологические принципы диагностики. К ним относятся следующие вопросы: 1) определение понятия — «диагноз», 2) название диагноза — «судебно-психиатрический», 3) структура диагноза, 4) место диагноза в заключении (акте) судебно-психиатрического эксперта. Следует признать, что в медицине сохраняется единство в понимании сути диагноза как синтезированного концентрированного выражения патологических изменений, установленных в итоге диагностического процесса.

Нозологический и функциональный диагноз не противопоставляются. Если нозологический диагноз является характеристикой формы приспособления к жизненным условиям, каковой является собственно болезнь, то функциональный диагноз — это способ индивидуального существования больного в болезни, он отражает роль больного в референтных группах. В процессе формирования функционального диагноза существенное значение приобретают психологические и социальные аспекты, отражающие факторы функциональной недостаточности и внешние условия адаптации, связанные с особенностями различных воздействий.

Анализ связи нозологической и функциональной диагностики психического расстройства с решением судебно-психиатрических экспертных заданий показывает, что имеется два аспекта решения этой проблемы.

Прежде всего нозологический диагноз, не отражающий по существу всех особенностей психического расстройства у подэкспертного, содержит определенную информацию об этиологии расстройства, основных структурно-динамических характеристиках, прогнозе. Все эти параметры дают психиатру-эксперту необходимые сведения для определения и выбора экспертной тактики. В некоторых случаях гипотетически установленный диагноз направляет клиническое мышление врача на поиск, возможно, мало- выраженных признаков психического расстройства.

Во-вторых, при некоторых расстройствах правильная диагностика может предрешать суждение о невменяемости или недееспособности. В.П.Сербский справедливо полагал, что имеется группа психических заболеваний, наличие которых полностью исключает способность к вменению и ответственность. Сюда можно отнести хронические бредовые психозы, тяжелые депрессии, тотальное слабоумие. Неоднократно под-

Естественно, что окончательное решение по этим вопросам, их утверждение и законная сила относятся к компетенции суда. Только суд в своем определении может указать на правовые последствия и состояние лица, возникшее в результате его психического расстройства, установленного психиатрами-экспертами. Диагностическая деятельность, весь ход обоснования судебно-экспертного решения являются прерогативой экспертов-психиатров.

Литература

1. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: Научно-практическое руководство. — М.: Изд-во МГУ, 1999. — 497с.
2. Морозов Г.В., Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Методологические проблемы вменяемости-невменяемости // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. — М., 1983. — С.3-10.
3. Шостакович Б.В. Методология и стадии судебно-психиатрического диагноза // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко. — М., 2004.

хранность или нарушение контроля деятельности, иметь четкое представление о детерминантах поведения, о механизмах принятия решения, ее реализации. Еще более актуальная задача — исследование роли психопатологических факторов в генезе общественно опасного деяния.

Необходимо выяснить, способно ли лицо понимать сущность совершаемого действия, осознавать его последствия для себя и окружающих, сознательно регулировать и контролировать свое поведение, давать оценку юридически значимым событиям, использовать процессуальные права.

Следующим этапом функциональной диагностики является экспериментально-психологическое исследование, которое может выявить глубину поражения одних и сохранность других психических функций, а также наличие и устойчивость компенсаторных механизмов. Эти стороны диагностики в последние годы более или менее полно разработаны в отношении личностных расстройств, умственной отсталости, других расстройств, наиболее часто встречающихся в современной судебно-психиатрической клинике.

При обосновании невменяемости, недееспособности, так называемой процессуальной недееспособности эксперты должны приводить аргументы, свидетельствующие о нарушении целостного критического анализа и системы межличностных отношений, расстройств понятийного мышления и эмоционально-волевой сферы.

Под некритичностью следует понимать нарушение способности осознанно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями реальности. В этом определении содержится нарушение предвидения, прогнозирования своих поступков, сличения их с ожидаемыми результатами. Необходимо также остановиться на сторонах психологического критерия невменяемости. Его первая половина содержит анализ интеллектуального компонента, особенностей познавательной деятельности и потому требует определения критических способностей подэкспертного, его возможности адекватно оценивать обстановку и собственное поведение. Состояние критических способностей зависит не только от особенностей интеллектуальных функций, хотя уровень сохранности интеллекта занимает здесь главное место. Это осознанный контроль выполняемой деятельности, выражающийся в постоянном самоконтроле и самопроверке. Нарушения критичности являются не изолированными симптомами расстройств мышления, а связаны с изменениями мотивационной сферы.

Анализ психологического критерия с позиций функционирования самосознания, т.е. одной из составляющих интеллекта, которая состоит в способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, провел И.А.Кудрявцев (1999). Показано, что экспертная оценка самосознания является ключевой для формулирования заключения о невменяемости и ограниченной вменяемости. У субъектов с психическими расстройствами выявлены нарушения самооценки, недостаточность способности к рефлексии и самокоррекции, которые

существенно ограничивают возможность контролировать свое противоправное поведение. Нарушения самосознания (искажение «Я-образа», неадекватная самооценка) типичны для расстройства личности. В частности, расстройство регуляции поведения тесно связано с неадекватно завышенной самооценкой и уровнем притязаний. Такие особенности личности могут быть причиной неадекватного, в том числе преступного поведения, в случае невозможности достижения завышенных (относительно способностей субъекта) задач. Данные расширяют представления о сущности феномена критичности, представляют более подробный психологический его анализ применительно к задачам экспертизы

Из положения о нарушении самосознания с невозможностью понимать субъектом сущность своих действий, неспособностью к их контролю следует, что интеллектуальный компонент юридического критерия перекрывает волевой. Иными словами, без сохранности критики невозможно адекватно руководить своими действиями. Это положение является верным для всех экспертных ситуаций. Более всего это очевидно при экспертизе, связанной с решением вопросов о невменяемости и недееспособности.

Психологический критерий возможности участия в судебно-следственных действиях потерпевших включает способность запоминать и воспроизводить событие. Процесс закрепления в памяти событий, о которых надлежит сообщить, невозможен без их осмысления и осознания, т.е. без критического отношения жертвы деликта к происшедшему. Способность к воспроизведению, изложению данных о событии немислима без сохранности волевого контроля своего поведения в период расследования и понимания собственной роли в момент деликта и во время судебно-следственных действий. При некоторых состояниях нарушение критических бывает обусловлено не столько нарушениями мыслительной деятельности, сколько влиянием на эти процессы эмоционально-волевых расстройств. Нарушение мотивационных механизмов снижает критичность и уже волевой компонент психологического критерия преобладает над интеллектуальным критерием. При экспертизе потерпевших такое положение складывается в результате искаженного пубертатного развития, легкой умственной отсталости, сочетающейся с выраженными нарушениями поведения. Наконец, при экспертизе беспомощных состояний утрата интеллектуального критерия (непонимание характера совершаемых с жертвой преступления действий) с несомненностью влечет за собой утрату волевого критерия — невозможность «оказывать сопротивление виновному».

Несмотря на то что решающее значение отдается интеллектуальному компоненту, а волевой компонент выглядит подчиненным, сложность и многогранность понятия критичности, ее значение для обеих позиций психологического критерия, позволяет утверждать, что их нельзя разобщать, они существуют и действуют только во взаимосвязи. Может создаваться впечатление, что при некоторых динамических сдвигах расстройств личности, при ряде нарушений влечений возможен примат во-

левого критерия. При этом осознание противоправности поступка не приводит к адекватному регулированию поведением и отказу от неправомерного поведения.

Показатели высших психических функций непосредственно отражаются на качестве психологического критерия невменяемости и могут представлять собой структуры, отнюдь не прямым образом зависящие от психических расстройств. Они выступают и как надстроечные, внепсихологические образования. В связи с этим судебно-психиатрическая экспертная оценка состояния не может быть основана лишь на клинко-психопатологических, а тем более — социальных критериях. Эта оценка требует углубленного исследования структуры личности подэкспертного и прежде всего мотивационной сферы. Не выявив намерений, побуждений поступка человека, оценить его как должное не удастся.

Социальные факторы включают все данные, характеризующие социально-бытовой статус подэкспертных, их модус социального поведения, фактическую адаптацию, состояние компенсаторных механизмов. Известно, что личность формируется в процессе социальной деятельности, о зрелости личности судят по результатам такой деятельности. Следовательно, социальная несостоятельность — это прямой и адекватный показатель негативных изменений личности и, напротив, способность к самостоятельной социальной адаптации является показателем достаточной личностной сформированности у больных с детства или заболевших на более поздних этапах онтогенеза. Поэтому в каждом конкретном случае должен учитываться комплекс сведений о социальной адаптации подэкспертного. Выраженные нарушения социальной адаптации, обусловленные частыми декомпенсациями психотического уровня, можно расценивать как прогностически неблагоприятный признак. Вместе с тем не всегда основополагающими могут быть такие лишь формальные показатели социальной адаптации, как семейное положение и тем более трудоспособность.

Из сказанного следует, что основным и требующим наибольшего анализа в стадии сопоставления медицинского и юридического (психологического) критериев является оценка критических способностей. Их утрата или снижение в результате психической болезни или выраженной аномалии психики обычно дает право формулировать экспертное заключение как невменяемость, недееспособность, невозможность участвовать в судебно-следственном процессе или как «беспомощное состояние». Сохранность этого кардинального признака — критичности, как правило, не предполагает такого решения. При этом важно помнить, что критичность не есть формальное понимание дозволенности (или недозволенности) поступка, самого факта деяния. Она включает оценку всей ситуации в целом, ее прогноз, осознание последствий для себя и других, своей роли в ней.

Формулирование и обоснование экспертного заключения в юридическом смысле, т.е. ответ на основной вопрос, стоящий перед экспертами являются решающими в постановке судебно-экспертного диагноза.

Анализ материала показал, что, кроме диагностических концепций в общей психиатрии и общих социально-экономических условий, влияние на принятие экспертных решений оказывали также действующая законодательная формула невменяемости и господствующие уголовно-правовые представления о невменяемости. Относительное влияние указанных факторов в разное время было различным по значимости, что позволило выделить три периода в развитии советской судебной психиатрии.

На первом этапе (1920-е — середина 1930-х годов) при сохранении влияния дореволюционного законодательства наблюдались значительный отход от принципов классической школы уголовного права и влияние на принятие решений о невменяемости социологической школы уголовного права. Это, а также особенности законодательной формулы невменяемости приводили к широкому использованию эмоционального признака и признака непреодолимого влечения в качестве элементов юридического критерия невменяемости. Действующее уголовное законодательство позволяло, кроме того, использовать в качестве критерия невменяемости признак целесообразности, в соответствии с которым решение принималось в зависимости от того, какие меры социальной защиты (судебно-исправительного или медицинского характера) представлялись наиболее подходящими для данного случая. В экспертной практике значительный удельный вес занимали заключения об уменьшенной вменяемости и случаи выхода экспертов за пределы своей компетентности.

На втором этапе (конец 1930-х — 1950-е годов) продолжала действовать формула невменяемости УК 1926 г., имевшая ряд серьезных недостатков. В доктрине уголовного права наметился возврат к принципам классической школы, но в практике экспертизы основной акцент делался на обосновании медицинского критерия невменяемости в соответствии с клиническими позициями общей психиатрии. Это проявлялось в более четкой диагностике и обосновании признаков психических нарушений в ущерб разработке юридического критерия.

Наконец, на третьем этапе, с 1960 г., когда был принят новый УК, удалось снять противоречия между экспертной практикой и несовершенным законодательством и можно было обратиться к углубленному осмыслению признаков юридического критерия, с установлением их точных психопатологических коррелятов и исследованию психопатологических механизмов общественно опасных действий психически больных.

Литература

Дианов Д.А. Формула невменяемости и практика ее применения в советский период развития судебной психиатрии: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997.

Морозов Г.В., Боброва И.Н., Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Некоторые актуальные аспекты проблемы вменяемости // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1977. — С. 3-8.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ В НАУЧНОМ ТВОРЧЕСТВЕ Т. П. ПЕЧЕРНИКОВОЙ

Д.А.Дианов

Среди многочисленных научных интересов Тамары Павловны Печерниковой определенное место занимали и те вопросы судебной психиатрии, которые или прямо являлись историческими, или приближались к ним, трактуя относительно длительные и медленные изменения в экспертной практике за определенный период времени.

В одной из своих работ Т.П. Печерникова и соавторы (1977), отметив затянутость по времени формирование подходов к оценке вменяемости-невменяемости, их устойчивость и обоснованность, указывали, что некоторые устоявшиеся воззрения требуют пересмотра. Среди моментов, усложняющих судебно-психиатрическую оценку в современных условиях, они указывали прежде всего на патоморфоз психических заболеваний, проявляющийся в преобладании вялых, медленно текущих атипичных форм психозов и увеличении частоты бредовых проявлений в рамках шизофрении, алкогольных психозов, сосудистых психозов и др.

Динамику показателей современной судебно-психиатрической практики они связывали также с улучшением выявляемости психической патологии, расширением границ основных психических заболеваний, появлением стойких лекарственных ремиссий. Здесь же выдвигался тезис о возможности признания испытуемых вменяемыми при сохранении диагноза шизофрении в случае благоприятного течения заболевания и сохранения больными социальной адаптации, способности к приобретению новых знаний и повышению профессиональной квалификации после перенесенного приступа заболевания (Морозов Г.В., Боброва И.Н., Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., 1977).

В другой работе тех лет (Морозов Г.В., Боброва И.Н., Печерникова Т.П., 1978), наряду с указанными выше факторами, обуславливавшими особенности современной экспертизы, говорилось также о повышении требований к соблюдению социалистической законности, охране прав психически больных, что влекло за собой более частое направление на судебно-психиатрическую экспертизу лиц, чье психическое состояние вызывало хотя бы малейшее сомнение у следствия или суда.

В исследовании проблемы невменяемости Т.П. Печерникова и Б.В. Шостакович (1981) отмечали тесную связь теоретических, философских, правовых и психологических основ этого понятия с клиническими

данными. Сама четкость законодательных положений о медицинском и психологическом критериях невменяемости требует тщательного клинического анализа состояния испытуемых при различных психических нарушениях. Но здесь же они указывали, что развитие общей психиатрии и изменившееся представление о клинических границах, формах течения некоторых психических заболеваний (в том числе и шизофрении) и особенностях их происхождения диктуют необходимость постоянного пересмотра и анализа устоявшихся воззрений.

Несомненно, что анализ подобных изменений в теории и практике судебно-психиатрической экспертизы на протяжении хотя бы нескольких десятилетий требует уже иного подхода к изучению этих процессов, с учетом возможно большего числа факторов.

Поэтому ряд работ Т.П. Печерниковой был посвящен изучению изменений клинических и экспертных оценок, их противоречий, накопившихся за определенный период времени. Например, сравнительный анализ случаев диагностических и экспертных расхождений при повторных экспертизах в Институте им. Сербского за 1970-1972 гг. с данными аналогичных исследований за 1957, 1961, 1962 и 1971 гг. продемонстрировал постоянную актуальность проблемы гиподиагностики шизофрении первичными комиссиями, а также проблемы отграничения психопатий и психопатоподобных состояний от процессуального заболевания (Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Боброва И.Н., 1974).

В 1989 г. Т.П. Печерниковой и соавторами были опубликованы результаты изучения динамики клинико-диагностических заключений судебно-психиатрической экспертизы за двадцать лет (1966-1985 гг.). Авторы обнаружили сложную динамику соотношения вменяемости-невменяемости по годам с разбросом доли невменяемости от 51,7% (1973 г.) до 21,2% (1979 г.). При этом изменение равновесия между вменяемыми и невменяемыми обнаруживало определенный параллелизм с колебаниями числа больных, страдающих шизофренией. Отмечалось также отчетливое несоответствие в распределении нозологических групп по годам с наибольшим разбросом показателей диагностирования шизофрении. Авторы отметили, что в общей структуре нозологических форм процентные соотношения лиц с органическим поражением мозга, с психопатиями и психически здоровых были обратно пропорциональны числу больных шизофренией. Так, значительное снижение процента диагностирования шизофрении в 1975 г. и резкое — в 1980 г. соответствовали «пикам» в диагностике органического поражения головного мозга. Авторы высказали мнение, что из многочисленных факторов, которые могут влиять на диагностику и экспертные выводы, должен прежде всего учитываться патоморфоз психических заболеваний, в первую очередь самого распространенного — шизофрении, а также других нозологических форм и таких, как реактивные состояния (Печерникова Т.П., Наталевич Э.С., Посохова В.И., Герасимова С.М., Парунцева И.А., 1989).

Чтобы лучше представить, какие же процессы лежат за видимой динамикой диагностических и экспертных решений, во второй половине

1990-х годов под руководством Тамары Павловны в Центре им. Сербского было проведено исследование, охватившее весьма значительный отрезок его деятельности — с 1923 по 1982 гг. — в контексте происходивших за этот период изменений в законодательстве (три редакции формулы невменяемости - в 1922, 1926 и 1960 годах) и актуальных для данного периода уголовно-правовых и научно-психиатрических концепций невменяемости (Дианов Д.А., 1997; Печерникова Т.П., Дианов Д.А., 1999). На материале актов судебно-психиатрических экспертиз и годовых отчетов Института динамика клинико-экспертных решений была прослежена с 1923 по 1926 гг. за каждый год, а начиная с 1927 г. — за каждые 5 лет. Наряду с общим соотношением невменяемых, вменяемых и уменьшенно вменяемых (последними подэкспертные признавались особенно часто в 1920-е годы), было выявлено соотношение по годам шести диагностических групп (шизофрения, эпилепсия, органическое поражение головного мозга, алкоголизм и наркомания, олигофрения и психопатии), представители которых вместе с группой психически здоровых лиц составили 85-90% всех испытуемых.

Несомненно, к числу факторов, постоянно влиявших на практику СПЭ, относились диагностические подходы, принятые в рассматриваемый период. Так, наблюдались значительные колебания в числе диагнозов шизофрении и психопатий, причем иногда они двигались в противоположных направлениях: рост числа диагнозов шизофрении в 1932, 1942, 1957 и 1972 гг. сопровождался снижением диагностики психопатий. Следует полагать, что высокий показатель шизофрении в 1930-е годы был обусловлен концепцией «мягкой» шизофрении, а в 1950-е и 1970-е — концепцией вялотекущей шизофрении. Минимальные показатели психического здоровья в 1920-х гг. коррелировали с высоким уровнем диагностики пограничных состояний, а в 1930-40-х и в 1970-х — с увеличением случаев диагностики шизофрении. Также весьма показательны были уменьшение частоты диагностики психопатий (с 1940-х годов они уступают органическим поражениям головного мозга, а с 1950-х — и шизофрении), резкое снижение диагнозов исключительных состояний (около 20% всех случаев невменяемости в 1920-е годы, 5-7% — в 1930-е, 1-2% — в 1940-е и менее 1% — в последующие годы) с постепенным отказом от таких диагнозов, как аффектэпилепсия и травматический психоневроз, при которых невменяемость обосновывалась преимущественно указанием на исключительное состояние в момент ООД; кроме того, на 1960-е годы пришелся быстрый подъем в диагностике алкоголизма.

Последнее можно связать также с влиянием социальных условий, что подтверждается резким снижением диагностики алкоголизма и наркоманий в 1942 г. Влиянием социальных факторов можно объяснить и резкий подъем в этом же году числа диагнозов органических поражений головного мозга с почти полным исчезновением из актов диагноза травматического невроза, весьма распространенного в период между Гражданской и Великой Отечественной войнами.

изменениями личности в виде эмоционального оскудения, аутизации. Во взаимоотношениях с окружающими отмечалась некоторая подозрительность, сочетавшаяся с сензитивностью. Наряду с этим у больных выявлялись специфические нарушения мышления в виде аморфности, непоследовательности, склонности к резонерству, элементов соскальзываний. Несмотря на адекватную, длительно проводимую терапию, критика к своему заболеванию и совершенному общественно опасному деянию у них оставалась формальной, что, как правило, было обусловлено дефицитом когнитивных и эмоционально-волевых функций.

Для уточнения клинических характеристик болезненного процесса, прогнозирования риска декомпенсации психического состояния и социально опасного поведения больных шизофренией в состоянии паранойяльной ремиссии при поступлении на АПНЛ были прицельно проанализированы основные показатели, отражающие возможности их социальной реадaptации.

Так, среди обследованных пациентов преобладали лица со средним специальным образованием (43% случаев), высшее образование имели 19% и среднее — 38% больных. Для более объективной оценки перспектив восстановления профессионально-трудового статуса пациентов была проанализирована их трудовая адаптация до совершения ими общественно опасного деяния. Более половины пациентов (54%) ранее занимались неквалифицированным трудом, выполняя, как правило, различные временные или сезонные работы. В 31% случаев больные не имели постоянного места работы, при этом большинство из них в прошлом были трудоустроены, однако в дальнейшем потеряли работу, что было связано в основном с относительно частыми обострениями заболевания и недостаточным качеством ремиссий. Лишь 15% пациентов ранее работали по специальности.

Анализ показателей, отражающих уровень восстановления семейной адаптации, имел важное значение, поскольку наличие семьи (родительской или супружеской) и характер внутрисемейных отношений во многом определяли то микросоциальное окружение, в которое попадал больной после выписки из стационара. Обращало на себя внимание, что при поступлении на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра 41% обследованных больных проживали в родительской семье. При этом у значительной части пациентов супружеские отношения распались, в том числе и за время пребывания в больнице (как правило, по инициативе жены), и они были вынуждены вернуться к родителям. Одиноки были 36% больных, супружеские отношения сохранялись у 23% обследованных.

При изучении социальных контактов основное внимание обращалось на круг общения пациентов: членов семьи, друзей, знакомых, соседей, а также на характер взаимоотношений с ними. Такой анализ выявил, что у больных с паранойяльным типом ремиссии микросоциальное окружение, как правило, чаще было положительным (86%). Данные показатели объяснялись прежде всего характером клинических проявле-

Морозов Г.В., Боброва И.Н., Печерникова Т.П. Анализ состояния и тенденции развития советской судебной психиатрии // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1978. — С. 3-10.

Печерникова Т.П., Дианов Д.А. Динамика диагностических и экспертных решений в Институте им. В.П.Сербского с 1923 по 1982 гг. // Рос. Психiatr. журн. — 1999. — № 4. — С. 69-72.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Боброва И.Н. Анализ повторных судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в Институте им. В.П. Сербского за 1970-1972 гг. // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1974. — № 22. — С. 18-26.

Печерникова Т.П., Наталевич Э.С., Посохова В.И, Герасимова С.М., Парунцева И.А. Динамика клинико-диагностических заключений судебно-психиатрической экспертизы (по материалам за 1966-1985 гг.) // Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1989. — С. 59-67.

Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Проблемы невменяемости в советской судебной психиатрии // Проблемы общей и судебной психиатрии. — М., 1981. — С. 229-233.

ПРОБЛЕМЫ РЕАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПАРАНОЙЯЛЬНЫМ ТИПОМ РЕМИССИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ У ПСИХИАТРА

А.С.Дмитриев, И.Н.Винникова, Н.В.Лазько, А.В.Оспанова

Проблема диагностической и экспертной оценки паранойяльных расстройств являлась одним из приоритетных направлений научной деятельности Т.П.Печерниковой на протяжении многих лет. Совместно с коллегами и учениками ею были разработаны критерии дифференцированной судебно-психиатрической оценки указанных состояний как в уголовном, так и в гражданском процессе. Т.П.Печерникова неоднократно отмечала сложность дифференциальной диагностики паранойяльных расстройств вследствие внешней психической сохранности таких больных, близости их болезненных переживаний к естественным бытовым, правдоподобным мотивам, узости и псевдологичной разработанности бредовых построений (Печерникова Т.П., 1970, 1983, 1989, 2001). Наряду с этим Т.П.Печерникова и соавт. (1985) указывали на формирование при параноидной шизофрении малопрогрессирующих стационарных состояний с монотематическим «инкапсулированным», не влияющим на поведение больных бредом, что имеет существенное значение при судебно-психиатрической оценке.

В исследовании Т.П.Печерниковой, Г.Г.Смирновой, В.В.Гульдана (1985), посвященном дифференциальной диагностике паранойяльных состояний различного генеза, наряду с основными их признаками (подострое начало, длительное течение, относительно малая прогрессивность) были определены особенности клинических проявлений паранойяльных расстройств при шизофрении, психопатиях и органическом поражении головного мозга. В частности, авторы указывали, что у больных шизофренией паранойяльные расстройства формируются на фоне процессуальных болезненных проявлений, выступают в качестве позитивных психопатологических образований, возникающих на разных этапах течения процесса и в зависимости от степени выраженности личностных изменений приобретают различные психопатологические формы. Исследователи также отмечали, что, развиваясь у больных шизофренией в состоянии ремиссии, паранойяльный синдром обычно связан с психотравмирующими факторами. Подчеркивая особую роль психотравми-

рующей ситуации при рецидивировании паранойяльных расстройств, Т.П.Печерникова (в соавт. с С.В.Бацаном, 1989) считала более эффективными амбулаторные формы ведения таких больных, с применением на различных этапах адекватных методов лечения и реабилитационных мероприятий.

Известно, что среди пациентов, направляемых на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ) после стационарного этапа принудительного лечения, большинство — это больные шизофренией в состоянии ремиссии. Определенную часть из них составляют лица с паранойяльным типом ремиссии. После изменения принудительной меры медицинского характера со стационарной на амбулаторную у пациентов нередко создаются особо сложные взаимоотношения с окружающими. При этом реальные условия микросреды могут либо стимулировать компенсаторные механизмы, тем самым способствуя упорядоченному поведению больных, их социальной адаптации, либо — при неблагоприятно сложившихся ситуациях — оказывать отрицательное психогенное воздействие, что может утяжелять их психическое состояние и провоцировать социально опасное поведение.

С целью изучения клиники, личностных особенностей и адаптационных возможностей больных шизофренией с паранойяльным типом ремиссии при переходе со стационарного на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ) с учетом влияния специфической индивидуально значимой психотравмирующей ситуации было проведено настоящее исследование.

Доля пациентов с паранойяльным типом ремиссии составила около 17% от общего количества больных шизофренией, переведенных на АПНЛ. Средний возраст их был $34,3 \pm 2,7$ года. Заболевание дебютировало в большинстве случаев после 20 лет в виде параноидной шизофрении и характеризовалось преимущественно приступообразно-прогрессирующим типом течения с непродолжительными ремиссиями невысокого качества. В клинической картине психоза отмечались различные бредовые идеи воздействия, отношения, преследования, псевдогаллюцинации (чаще вербальные), синдром Кандинского-Клерамбо. Нарастание негативных расстройств в когнитивной и эмоционально-волевой сферах носило непрерывный, поступательный характер. Длительность заболевания, как правило, составляла от 6 до 10 лет. Психическое состояние пациентов, в отношении которых была изменена принудительная мера медицинского характера, определялось, в первую очередь, резидуальными, дезактуализированными стойкими монотематическими идеями отношения, а также идеями ипохондрического содержания, которые имели ретроспективный характер, выявлялись только при детальном, целенаправленном расспросе. К моменту перевода пациентов на АПНЛ вышеуказанные клинические проявления были «застывшими», «инкапсулированными», лишены остроты, яркости и динамичности, аффективной окрашенности, активно не звучали в высказываниях больных и не проецировались на их поведение. Это сочеталось со специфическими

мыми показателями являются структура ведущей клинической симптоматики, выраженность дефицитарных расстройств, особенности личностных характеристик пациентов, уровень образования, семейная адаптация, наличие трудового опыта в анамнезе, характер микросоциального окружения, отягощенность сопутствующей патологией. Взаимодействие данных факторов определяет степень декомпенсирующего влияния специфической индивидуально значимой психотравмирующей ситуации в условиях АПНЛ. Полученные данные свидетельствуют о необходимости выбора гибкой стратегии психофармакотерапии в отношении больных шизофренией с паранойяльным типом ремиссии, с одновременным привлечением к их курации специалистов различного профиля (социальных работников, психологов, сотрудников правоохранительных органов), что будет способствовать их более успешной социальной реадaptации, позволит снизить риск обострения психопатологической симптоматики и социально опасного поведения.

Литература

Печерникова Т.П. О профилактике социально опасных действий, совершаемых больными с паранойяльными состояниями // Материалы конференции, посвященной вопросам принуд. лечения и реабилитации психически больных. — М., 1970. — С. 62-64.

Печерникова Т.П., Шостакович Б.В. Дискуссионные вопросы вменяемости при шизофрении // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект). — М., 1983. — С. 20-28.

Печерникова Т.П., Васюков С.А., Ростовцева Т.И., Яхимович Л.А. Клинические особенности паранойяльных расстройств при шизофрении и их судебно-психиатрическая оценка при проведении экспертиз по гражданским делам // Патоморфоз псих. заболеваний в судебно-психиатрической клинике. — М., 1985. — С. 140-147.

Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Смирнова Г.Г. О разграничении паранойяльных состояний различного генеза // Пятый Советско-финляндский симпозиум по вопросам психиатрии. — М., 1985. — С. 89-93.

Печерникова Т.П., Бацан С.В. Некоторые аспекты реабилитации психически больных с паранойяльными расстройствами // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших ООД. — М., 1989. — С. 35-42.

Печерникова Т.П. Паранойяльные состояния в кризисные периоды развития общества и их судебно-психиатрическое значение // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 284-291.

ний, выраженностью негативной симптоматики. Поскольку таким пациентам было свойственно нарастание аутизации, подозрительности и настороженности во взаимоотношениях с окружающими, они редко имели широкий круг знакомств, часто вели замкнутый образ жизни, даже в кругу семьи были малообщительны.

Уровень материального положения к моменту перевода на АПНЛ, как правило, определялся не столько реальными доходами больных (так как период нахождения на стационарном принудительном лечении всем оформлялась II группа инвалидности), сколько зависел от материального достатка и помощи близких родственников, реже — друзей; в некоторых случаях пациенты имели иные (кроме пенсии по инвалидности) источники доходов, такие как, например, сдача в аренду жилплощади, использование накопленных ранее средств. В половине случаев (58%) уровень материального положения был удовлетворительным. У пациентов хватало средств на хорошее питание, приобретение одежды, предметов первой необходимости. Однако обращало на себя внимание, что у значительного количества пациентов (42%) материальное положение было не столь благоприятным. При этом среди них встречались и те, у которых оно было крайне тяжелым, денежных средств порой едва хватало на питание, все остальное было практически недоступно. Значительную часть таких пациентов составляли одинокие больные и имеющие престарелых родителей.

Следует также отметить достаточно высокий процент отмечавшихся в анамнезе у обследованных больных случаев злоупотребления алкогольными напитками, употребления наркотических средств. Так, в 21% случаев ранее у данных лиц отмечалось злоупотребление алкогольными напитками, в 17% — употребление наркотиков. Среди других сопутствующих расстройств у пациентов с паранойяльным типом ремиссии относительно часто отмечались клинически очерченные признаки органического поражения головного мозга в 13% наблюдений, тяжелые соматические расстройства встречались у 7% больных.

Полученные данные в целом свидетельствовали о недостаточной социальной адаптации больных шизофренией с паранойяльным типом ремиссии. При этом наиболее часто наблюдалось сочетание ряда неблагоприятных факторов (низкий образовательный уровень, отсутствие трудового опыта, семьи, отрицательное микросоциальное окружение, материальные трудности, сопутствующая патология).

Способность адаптироваться в условиях АПНЛ у обследованных больных определялась также и степенью выраженности психогенного (ситуационно обусловленного) реагирования, которая во многом зависела от глубины поражения основных психических функций (эмоционально-волевой, когнитивной, интеллектуально-мнестической). После выписки из стационара менялся стереотип поведения пациентов, происходило приспособление их к новым условиям. Наряду со значительно меньшим ограничением личной свободы больным необходимо было восстанавливать внутрисемейные отношения, выполнять определенные

обязанности, решать ряд социально-бытовых проблем, связанных с проживанием, пропиской, трудоустройством, переоформлением пенсии и т.д. При этом нередко жизненные ситуации, с которыми они сталкивались, были стрессовыми, проблемными, конфликтными, оказывали дестабилизирующее влияние на компенсаторные механизмы, накладывали свой отпечаток на клинические проявления заболевания, тем самым препятствуя формированию успешной социальной адаптации.

Основные психотравмирующие факторы, отмечавшиеся в переходный период со стационарного на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра и их частота отражены в таблице.

Таблица
Психотравмирующие факторы, отмечавшиеся у больных шизофренией с паранойяльным типом ремиссии при поступлении на АПНЛ

Показатели	Пациенты
Изменение семейного статуса	21%
Жилищно-бытовые проблемы	17%
Конфликтная ситуация в микросоциуме	14%
Проблемы трудоустройства	23%
Прочие факторы	4%
Отсутствие факторов	21%

Из данных, приведенных в таблице, видно, что психогенные факторы отмечались у подавляющего большинства обследованных пациентов. При этом учитывались наиболее субъективно значимые для пациента ситуации, хотя в ряде случаев наблюдалось сочетанное влияние психогенных. Психотравмирующие переживания, связанные с изменением семейного статуса, были определяющими у 21% больных. У этих лиц брак либо уже распался непосредственно в период принудительного лечения в психиатрическом стационаре, либо был на грани развода.

С данным фактом, как правило, были связаны и жилищно-бытовые проблемы, с которыми сталкивались 17% пациентов. Больные были вынуждены заниматься разделом имущества, квартиры. Нередко родственники пациентов, находящихся в стационаре, незаконно сдавали их жилплощадь в наем, отмечались случаи затруднений при восстановлении прописки. В связи с отмеченными выше материальными трудностями больные также сталкивались с проблемой бытовой неустроенности.

Достаточно часто в качестве психотравмирующего фактора выступала конфликтная ситуация (14%), сложившаяся у больного с его ближайшим окружением. Чаще всего это были ссоры в семье, денежные затруднения, негативное отношение родственников к больному, их нетерпимость к особенностям пациента, обусловленным психическим заболеванием. Такая ситуация нередко сопровождалась угрозами выселения, лишения возможности видеться с детьми. У ряда больных конф-

ликтные ситуации возникали и в отношениях с соседями, друзьями, бывшими сослуживцами.

При поступлении на АПНЛ у больных достаточно часто возникали серьезные проблемы с трудоустройством. Для 23% пациентов значимым стрессовым фактором являлось отсутствие возможностей трудоустройства. Такие больные, как правило, связывали свои дальнейшие жизненные планы именно с продолжением трудовой деятельности, однако не всегда принимали во внимание объективные сложности либо недоучитывали особенности своего психического состояния, препятствующие их трудовой реадaptации.

Выявленные индивидуально значимые психотравмирующие факторы приносили определенные изменения в структуру клинической картины паранойяльного типа ремиссии, накладывали свой отпечаток на личностные особенности пациентов. Так, у обследованных больных под влиянием различных стрессовых, социопсихогенных факторов появлялись неопределенные тревожные опасения, ипохондричность, усиливалась подозрительность по отношению к окружающим, сензитивность, отмечались нарушения сна.

Несмотря на незначительный характер выявляемых психических изменений, наличие личностно значимых проблем в совокупности с признаками социальной дезадаптации больных шизофренией в переходный период со стационарного принудительного лечения на АПНЛ могло привести к клинически значимому ухудшению психического состояния, сопряженному с повышением степени общественной опасности больных и увеличением риска повторности ООД. Поэтому даже минимальные изменения состояния пациентов требовали незамедлительной коррекции проводимой психофармакотерапии, включения психокоррекционных мероприятий и активного участия социальных работников. Своевременное содействие в вопросах трудоустройства, решении жилищных, бытовых проблем, помощь в распределении бюджета позволяли нивелировать дезадаптирующее влияние той или иной психотравмирующей ситуации. Особое значение приобретали и психокоррекционные мероприятия. Они включали в себя оценку особенностей взаимодействия пациентов с другими людьми, степень их толерантности к социальному стрессу, были направлены на сглаживание внутрисемейных конфликтов, выявление психологических, внутриличностных проблем больных, причин их возникновения и поиски путей выхода из создавшегося кризиса. В ряде случаев, особенно при наличии асоциального окружения, при разрешении конфликтов с родственниками, соседями больных, немаловажную роль играло успешное взаимодействие со службой участковой милиции.

Таким образом, проведенное исследование показало, что возможности социальной реадaptации больных шизофренией с паранойяльным типом ремиссии при переводе со стационарного на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра зависят от совокупности как клинических, так и внеклинических факторов. Наиболее значи-

Из всего вышесказанного следует, что проблема агрессивных действий матерей в отношении детей имеет большую значимость, и хотя вниманием как отечественных, так и зарубежных исследователей она не обделена, нерешенные проблемы пока остаются.

В настоящее время изучение этой проблемы приобрело особую актуальность в связи с включением в Уголовный кодекс РФ (введенный в действие 1 января 1997 г.) ст. 106, которая в отличие от предыдущего Уголовного кодекса выделяет убийство матерью новорожденного ребенка в самостоятельный и привилегированный состав преступления.

В Комментариях к Уголовному кодексу РФ объясняется, почему данному виду преступления придаётся такое значение: беременность (особенно нежелательная) и физиологические роды оказывают неблагоприятное воздействие на психику женщины, а во время родов женщина переживает сильнейшее физическое и психическое потрясение.

В статье 106 рассматриваются случаи убийства матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации или в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости.

В ст. 106 УК РФ предусмотрены три вида детоубийства:

а) убийство матерью новорожденного ребенка во время или сразу же после родов. В данном случае используется судебно-медицинский критерий длительности периода новорожденности, равный одним суткам с момента появления ребенка на свет;

б) убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации. Самостоятельное значение закон придает наличию таких неблагоприятных обстоятельств, как отказ отца ребенка признать его своим, зарегистрировать брачные отношения, его же отказ от оказания помощи и поддержки, подстрекательство отца ребенка, травля женщины родственниками, стыд перед окружающими за рождение ребенка вне брака, материальные проблемы и боязнь в связи с этим трудностей, связанных с воспитанием ребенка, тяжелые жилищные условия.

Применительно к данному виду детоубийства используется педиатрический критерий определения длительности периода новорожденности, равный одному месяцу с момента появления ребенка на свет;

в) убийство матерью новорожденного ребенка в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости. При этом виде детоубийства, так же, как и в предыдущем случае, используется педиатрический критерий новорожденности ребенка (до одного месяца). Убийство ребенка более старшего возраста матерью с психическими расстройствами квалифицируется уже по ст. 105 («убийство») УК РФ. Однако, согласно ст. 22 УК РФ, в этих случаях психическое расстройство обвиняемой, не исключающее вменяемости, учитывается судом при определении меры наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

Объединение трех видов детоубийства вполне целесообразно и объясняется тем, что как во время физиологических родов, так и при эмоцио-

ВКЛАД ПРОФЕССОРА Т.П. ПЕЧЕРНИКОВОЙ В ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, СОВЕРШАЮЩИХ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ОТНОШЕНИИ СВОИХ ДЕТЕЙ

М.А. Качаева, Л.С. Сатъянова

В последние годы происходит интенсификация научных исследований в области гендерных различий психических заболеваний. Проблему анализируют не только психиатры, но и психологи, сексологи, криминологи, социологи. Связано это с изменением социального статуса женщин в обществе, начавшимся во многих западных странах с 70-х годов XIX столетия, в России же эти изменения стали происходить в 90-х годах XX века и вызваны они были трансформацией социально-экономической системы.

До начала указанных преобразований в обществе проблема женской преступности оставалась несколько в тени, что объяснялось не только небольшим числом преступлений, совершаемых женщинами, но и их меньшей социальной деструктивностью. Вместе с тем судебными психиатрами, работавшими в женском отделении Института им. В.П. Сербского, где в течение многих лет диагностировались наиболее сложные экспертные случаи, всегда подчёркивался особый характер типичных, «чисто женских» преступлений.

Тамара Павловна Печерникова несколько лет возглавляла женское отделение, в те годы из-под её пера вышли работы, уникальные по точности клинического анализа. Эти труды свидетельствуют не только о высоком профессионализме, но и о наблюдательности, знании различных сторон жизни женщин, высокой эмпатии по отношению не только к ним — жертвам домашнего террора, вероломных измен, унижения, но и к жертвам преступлений, совершаемых самими женщинами, а именно к их детям.

Большое количество работ Т.П. Печерниковой посвящено судебно-психиатрическому аспекту психотических состояний послеродового периода и совершаемых в этих состояниях детоубийствах.

На основе изученного материала она показала, что в этом периоде возникают различные по нозологической принадлежности психические расстройства. Наиболее часто встречались шизофрения и реактивные состояния, которым, независимо от нозологической сущности заболева-

ния послеродового периода, были свойственны определённые общие признаки, обусловленные особенностями сомато-эндокринных изменений, связанных с беременностью и родами. Эти общие признаки проявляются в остром возникновении психических расстройств, сравнительно кратковременности их течения, наличии в клинической картине психоза симптомов помрачённого сознания, аффективных нарушений и явлений астении.

Проведённые исследования показали, что шизофрения, дебютирующая после родов, протекает чаще всего с выраженными аффективными нарушениями (депрессивно-параноидный и маниакально-бредовой синдромы). По данным Т.П. Печерниковой, наиболее часто аффективные нарушения представлены депрессией, маниакальные состояния встречаются значительно реже. В случаях маниакального дебюта шизофрении последующие обострения, как правило, сопровождаются депрессивным аффектом.

Важным является наблюдение Т.П. Печерниковой о том, что клиническая картина первого шизофренического приступа имеет некоторые особенности: симптомы нарушенного сознания, аффективные расстройства, астенический фон. Эта специфика, указывала автор, обусловлена влиянием экзогенных факторов. При последующих обострениях теряется связь психопатологических проявлений с послеродовым (генеративным) периодом и течение шизофрении определяется теми же закономерностями, что и течение шизофрении, возникающей вне связи с родами.

Изучая проблему детоубийств, профессор Т.П. Печерникова большое значение придавала исследованию реактивных депрессий послеродового периода, во время которого совершаются агрессивные действия матерей в отношении новорожденных. Автор подчёркивала, что именно при реактивных послеродовых депрессиях чаще, чем при других психозах послеродового периода, встречаются так называемые расширенные самоубийства, когда помимо убийства новорожденного ребёнка совершаются агрессивные действия в отношении других детей, близких родственников, а также попытки самоубийства. Описывая указанные состояния, Т.П. Печерникова обращала внимание на особый характер психотравмирующих ситуаций, отражающих именно женские проблемы — это конфликтные отношения с мужем, нередко связанные с его нежеланием появления ребёнка на свет. Депрессия развивается ещё в период беременности, вначале она носит ситуационный, психологически понятный характер. В дальнейшем, по мере углубления депрессии возможно развитие острого психотического состояния, на высоте которого совершаются агрессивные действия нередко по типу меланхолического раптуса; после правонарушения при осознании содеянного депрессия углубляется, реактивное состояние нередко принимает затяжное, неблагоприятное течение.

Для отграничения психотического уровня послеродовой реактивной депрессии от непсихотического Т.П. Печерниковой и М.С. Доброгаевой

были разработаны следующие критерии: глубина и выраженность депрессии, симптомы нарушенного сознания на высоте острого депрессивного состояния, относящегося к периоду совершения ООД, импульсивный характер правонарушений, последовательная динамика смены этапов реактивной депрессии: невротический — острый психотический — затяжной.

По данным В.П. Мартыненко (1974), исследовавшей под руководством Т.П. Печерниковой общественно опасные действия, направленные на детей, у женщин, больных шизофренией, совершению агрессивных действий в отношении детей предшествуют такие экзогенные факторы, как психогении, роды. Привнося в структуру шизофренического психоза ряд новых психопатологических образований, они увеличивают их социальную опасность. В тех наблюдениях, где обострению заболевания или приступу шизофрении, во время которого произошло убийство ребенка, предшествовали роды, после исчезновения экзогенных наслоений происходило углубление постпроцессуального дефекта с наличием грубых эмоционально-волевых расстройств.

Следует отметить, что многие идеи и научные разработки Т.П. Печерниковой нашли отражение в дальнейших исследованиях сотрудников женского отделения. Так, проблема убийства детей в настоящее время становится все более актуальной во всем мире, обратить на нее внимание призывают не только юристы и врачи, но и общественные деятели, средства массовой информации. Газеты с тревогой сообщают, что все больше детей погибает от насилия.

По данным E.Gibson, S.Klein (1969), одна пятая общего числа жертв убийств в Англии и Уэльсе — дети, причем большинство убийств происходит в семьях. Авторы привели официальную статистику: в Великобритании с 1964 по 1966 гг. 6% детей погибли в результате перелома черепа, утопления, ударов колющими предметами, причиненных родителями. По сведениям Министерства внутренних дел Великобритании, в течение 10-летнего периода — с 1977 по 1987 гг. 15% от всех убийств в этой стране пришлось на детей в возрасте до 16 лет. Дети до 1 года составляют возрастную группу повышенного риска (34 убийства на 1 млн в популяции по сравнению со средним риском убийств — 12 на 1 млн). В целом анализ статистики показывает, что большинство детей были убиты своими матерями (Gibson E., 1975).

В зарубежной литературе давно закрепился термин «синдром избиваемых детей». Во многих западных странах эта проблема решается на национальном уровне, создаются общества по предотвращению жестокости по отношению к детям. С помощью опросника, выявляющего факт избивания детей и составленного Центром исследования мнений Чикагского университета, было установлено, что в США 31% лиц, избивающих детей, являлись их матерями (Helfer R.E., Kempe C.H., 1968).

S.M. Smith, R. Hanson, S. Nobbe (1974) впервые описали «избиваемых матерей», отметив у них констелляцию неблагоприятных социальных факторов и состояние дезадаптации.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Профилактика общественно опасных действий, совершаемых в послеродовом периоде // Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психически больными: Материалы конф. 14-15-09.1972. — С. 62-64.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Клиника и патогенез некоторых форм послеродовых психозов // Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной системы и психической среды: Материалы пленума Всесоюзного общества невропат. и психиатров 3-5. X. 1972г. Ташкент, 1972. —С. 197-199.

Печерникова Т.П. Профилактика общественно опасных действий, совершаемых в послеродовом периоде // Симпозиум, международный по социальной психиатрии. Реабилитация психически больных. Болгария. — София, 1973. —С. 201-202.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Клиника и судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у женщин в послеродовом периоде: Методические рекомендации. -М., 1984. —С. 14 с.

Сафуанов Ф.С. Экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка // Российская юстиция. — 1998. — №3. — С.29-30.

d'Orban P.T. Women who kill their children // British Journal of Psychiatry. — 1979.Vol.134. — P.560-571.

Gibson E., Klein S. Murder- a Home Office Research Unit Report // HMSO. — London, 1969.

Gibson E. Homocide in England and Wales 1967-1971 // Home Office Research Study, // HMSO. — London, 1975, N31.

Helfer R.E., Kempe C.H. The battered child. — Chicago:University of Chicago Press, 1968.

Smith S.M., Hanson R., Noble S. Social aspects of the battered baby syndrome // British Journal of Psychiatry. — 1974. — Vol.125. — P.568-582.

нальных состояниях, обусловленных воздействием психотравмирующей ситуации, и, наконец, при наличии определенных психических расстройств женщины не способны в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.

Из всего разнообразия нозологически различных психических расстройств послеродового периода мы в данной статье избрали для описания такой вид детоубийства, как убийство матерью новорожденного ребенка во время родов и в течение 24 часов после них (neonaticide).

Анализ данного вида детоубийства с учетом нового Уголовного кодекса РФ позволил нам выработать критерии судебно-психиатрической оценки психического состояния матери, совершившей убийство новорожденного ребенка.

Кроме вышеописанного определенного юридического значения, эти случаи имеют ряд отличительных черт, обусловленных особенностями предшествующей детоубийству психотравмирующей ситуации, сравнительно быстром развитии эмоционального состояния, относящегося к периоду непосредственного совершения агрессивных действий, наличии соматически ослабленной почвы, связанной с родами и астеническим фоном.

В изученной нами группе женщин убийства новорожденных совершались чаще всего психически здоровыми, значительно реже отмечались легкая резидуальная органическая патология головного мозга, личностные расстройства или акцентуации характера. У них, как правило, отмечались такие характерологические особенности, как тревожность, неуверенность в себе, робость, повышенная ранимость, низкий уровень устойчивости к стрессу. Указанные личностные особенности в условиях затяжного течения психотравмирующей ситуации ведут к накоплению эмоционального напряжения. Обращает на себя внимание очень молодой возраст женщин этой группы (до 24 лет). В подавляющем большинстве случаев они не замужем или разведены, нередко покинуты партнерами после известия о беременности, которая чаще всего была первой. Все женщины скрывали свою беременность как результат внебрачной связи, не обращались в женскую консультацию, не проходили традиционной в таких случаях подготовки к рождению ребенка.

Необходимо особо отметить специфические особенности предшествующей правонарушению психотравмирующей ситуации. Это и страх огласки, «позора» незаконной беременности, сложные семейные взаимоотношения (с мужем, партнером, родственниками), материальные затруднения, увольнение с работы.

Оценивая характер психогенно-травмирующих ситуаций, можно отметить их остроту, драматизм, особую субъективную значимость.

Следует отметить, что в анализируемых случаях чаще всего отмечалось сочетанное действие различных психогенных факторов. Сложные отношения с отцом будущего ребенка сопровождались конфликтами со

своими или его родственниками, финансовыми проблемами, бытовой неустроенностью, отсутствием жилья.

Необходимо подчеркнуть, что в этих случаях ситуационные факторы имели весьма важную специфическую особенность: психотравмирующая ситуация отличалась относительной неразрешимостью, причем с приближением родов она всё больше казалась безвыходной.

Иногда в силу неопытности молодые женщины долго не понимали, что беременны, осознавали это на довольно больших сроках. Важно отметить, что в преобладающем большинстве случаев роды были неожиданными, внезапными, протекали стремительно, происходили без родовспоможения, в ситуации изоляции (например, ванная комната студенческого общежития и т.п.), при этом возникали ощущение беспомощности, растерянность. Агрессивные действия совершались непосредственно во время родов или немедленно после рождения ребенка путем удушения, утопления, нанесения смертельных ранений колющими предметами. В условиях изоляции во время родов у таких женщин в момент совершения агрессивных действий возникает острая реакция растерянности, сопровождающаяся элементами дезорганизации поведения при внешне целенаправленных действиях, направленных на избавление от ребенка и сокрытие случившегося.

В период проведения судебно-психиатрической экспертизы женщины описываемой группы рассказывали, что хотя и скрывали свою беременность, но четкого намерения совершить убийство не имели, что были «загнаны в угол» всей ситуацией в целом, испытывали чувство одиночества, изоляции, сожалели о содеянном: «если бы кто-то был рядом, поддержал, никогда бы так не поступила».

Нельзя не согласиться с тонким клиническим наблюдением Р.Т. d'Orban (1979), который утверждал, что детоубийства часто совершаются непреднамеренно, импульсивно во время родов, к моменту которых женщины как бы психологически «разобщены» со своей беременностью. Подтверждением, хотя и косвенным, этого утверждения может быть хорошо известный клиницистам факт, что у женщин после совершения криминальных агрессивных действий нередко развивались депрессивные состояния различной степени выраженности как реакция на содеянное, вплоть до реактивных состояний с затяжным, неблагоприятным течением.

Итак, мы описали особый вид детоубийств — убийства новорожденных, совершаемые женщинами во время родов или в течение 24 часов после них.

Эти случаи имеют определенные клинико-психологические особенности и правовые последствия, обусловленные введением в новый Уголовный кодекс РФ статьи 106, выделяющей детоубийство в самостоятельный и привилегированный состав преступления. Принципиально новым моментом в данной статье является то обстоятельство, что закон учитывает факт убийства матерью ребенка в условиях психотравмирующей ситуации.

Введение этой статьи, на наш взгляд, является конструктивным элементом гуманизации общества.

Таким образом, при судебно-психиатрической оценке подобных случаев первым важным этапом является выявление и описание психогенно-травмирующей ситуации, на фоне которой происходит данный вид правонарушения.

Необходимо также учитывать влияние специфических физиологических факторов, обусловленных беременностью и послеродовым периодом. Сами роды являются специфическим стрессом, на фоне которого в период, относящийся к совершению детоубийства, у женщин отмечаются острая растерянность, дезорганизация поведения, недостаточный учет ситуации, снижение прогноза своих действий и адекватной оценки ситуации в целом.

Анализ комплекса этих клинико-психологических особенностей показал, что необходим более тщательный анализ эмоционального состояния женщины, относящегося к периоду совершения детоубийства.

Экспертная квалификация психического состояния матери, совершившей убийство новорожденного ребенка, требует привлечения психологических знаний, поэтому в отношении таких испытуемых целесообразно проводить комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу, которая позволит не только выявить наличие или отсутствие психических расстройств, но и оценить индивидуально-психологические особенности и их влияние на эмоциональное состояние в момент совершения агрессивных действий в отношении новорожденных (Сафуанов Ф.С., 1998).

Необходимо подчеркнуть чрезвычайно важную роль социальных факторов в этих случаях, в которых как в зеркале отражается специфика социальных изъянов, а именно такие факторы, как бытовая неустроенность, отсутствие жилья, финансовые проблемы и как некий итог этого — семейные и личные неурядицы. Они же являются пусковым механизмом развития психогенно-травмирующей ситуации, в условиях которой происходит такое тяжёлое явление, как детоубийство.

Анализ трудов профессора Т.П. Печерниковой показал, что современные исследования логически вытекают из того фундамента, который она заложила своими научными исследованиями. Последователи Тамары Павловны, изучающие психические расстройства у женщин, находят в её работах ответы на многие вопросы и стараются на современном уровне развить её ставшие классическими научные изыскания.

Литература

Мартыненко В.П. Общественно опасные действия женщин, больных шизофренией, направленные против детей (клинико-катамнестическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1974. — 20 с.

Печерникова Т.П. К вопросу о тяжелых правонарушениях в послеродовом периоде // Практика судебно-психиатрической экспертизы. -М., 1961. — № 4. — С. 43-50.

личности, формируя новое социальное понимание роли и позиции своего **Я**, новую экзистенцию. На этом фоне личностной заинтересованности в развитии и использовании возникшей идеи происходила ее фиксация с формированием хронического бредового расстройства.

Нельзя не отметить такое явление, которое может быть понято как сюрреализация. Когда больные видят, что контактные с ними лица начинают сомневаться в достоверности их идей, они позволяют себе как бы добавить «факт», придуманный для большей достоверности. Причем они не считают это обманом, чем-то аморальным, поскольку в истинности содержания своей основной идеи полностью убеждены и приводимые «добавки» становятся как бы «техникой разъяснения». В случаях бреда изобретательства для придания себе имиджа крупного, авторитетного ученого они выступают на страницах в СМИ, запасаются положительными рекомендациями специалистами.

К этому следует добавить, что абсолютная убежденность в истинности и пользе своей идеи позволяет некоторым больным извлекать из нее непосредственную выгоду, например, продавать «энергетически заряженную воду», считая это «нормальным бизнесом».

В личностном плане среди наблюдавшихся больных выделялись «гиперсоциальные» — стремящиеся решить крупную социальную проблему, волнующую все человечество; «научно упорные» — стремящиеся довести до признания другими сделанное ими открытие (неважно в какой сфере: научно-технической, историко-философской, религиозной или какой-либо другой); «амбициозные» — желающие выделиться из «серой массы» и приобрести харизму — магическую власть, чтобы учить народ и вести его за собой. Все это были значимые варианты самосознания **Я** в системе социальных отношений, которые в сочетании с разными характерологическими свойствами (в диапазоне: стеничный, экспрессивный — пассивный, аутичный) определяли особенности реакции на инсайт и формировали индивидуальный модус дальнейшего социального поведения. Следует еще раз подчеркнуть, что возникшее новое решение волнующей проблемы становилось важной составляющей самосознания: новое понимание своего **Я** определяло новую экзистенцию и новую мотивационную иерархию конкретных действий, по существу — новую жизнь.

В настоящее время количество корреспонденций в адрес Академии наук, содержащих весьма странные научные предложения, стало столь большим, а их авторы все настойчивее требуют официального признания, что при Академии наук даже работает специальная комиссия, которая пытается разбираться со всеми такими «открытиями».

Отмеченные личностные и характерологические варианты определяют разную социальную судьбу и общественную опасность больных. В самых безобидных случаях носители бреда изобретательства ведут отшельнический образ жизни. Тщательно конспирируя (чтобы не украли идею) свои «научные» разработки, они продолжают годами трудиться над озарившим их открытием, над расширением сферы его применения,

ЭКСПАНСИВНЫЙ БРЕД ИЛИ БРЕДОПОДОБНОЕ ФАНТАЗИРОВАНИЕ?

Ф.В.Кондратьев

Выбирая тему для статьи сборника, посвященного памяти проф. Т.П. Печерниковой, я хотел отразить то основное, что составляло ее сущность как человека и ученого. С первого дня работы в Институте им. проф. В.П.Сербского (1959г.) я, тогда еще «зеленый» мэнээс, оказался под руководством Тамары Павловны, старшего научного сотрудника женского отделения. И до ее последних дней нас связывали дружеские отношения, клиническое взаимопонимание и доверительность в оценках жизненных ситуаций.

Основная личностная черта Тамары Павловны — гиперсоциальность. Это касалось всего — от мелочей жизни до принципиальных вопросов. Не случайно ее избирали и секретарем комсомольской организации, и председателем профкома, и секретарем партийной организации. Одно из главных направлений, развиваемых ею в науке, были судебно-психиатрические аспекты паранойяльных состояний, этой теме посвящена и ее докторская диссертация. Проблема паранойяльных состояний имеет особое социальное значение, поскольку многие фабулы таких бредовых идей могут негативно сказываться на судьбе вовлеченных в них лиц. В этом я сумел лично убедиться, когда по предложению Т.П.Печерниковой был включен в группу судебных психиатров, проводивших посмертные экспертизы в отношении лиц, по доносам которых в годы сталинского террора были репрессированы ни в чем не повинные люди.

Об этой работе следует сказать отдельно. Ее суть сводилась к изучению многочисленных документов, предоставленных нам Генеральной прокуратурой СССР, они касались лиц, по доносам которых были, как потом оказалось, безосновательно арестованы и осуждены по ст. 58 УК РСФСР* социально активные граждане (военноначальники, ученые, служащие госаппарата, общественные деятели и др.). После разоблачения культа личности в стране началась широкомасштабная работа по посмертной реабилитации сотен тысяч советских граждан, уничтоженных как «врагов народа». Если при проверке обвинения по указанной статье у прокуратуры возникали сомнения в психическом здоровье лиц, на основе показаний которых выносился приговор, а каких-либо других улик не было, то в отношении них назначалась посмертная экспертиза. Предсе-

* Этот кодекс — иллюстрация трагического периода нашей истории. Его первая глава — «Преступления государственные», а ее ч.1 — «Контрреволюционные преступления». Уже такое построение УК отражало дух времени. Сама же 58 статья имела 14 разных пунктов самостоятельных преступлений, многие из которых предусматривали «высшую меру уголовного наказания — расстрел с конфискацией всего имущества».

дателем в тех экспертизах, в которых я участвовал как эксперт-докладчик, была Т.П.Печерникова.

Как отмечалось, несмотря на то, что при новом рассмотрении реальность самого преступления прокуратурой ставилась под сомнение, однако в уголовных делах были однозначные заявления о «преступной» деятельности обвиняемого, который был в дальнейшем репрессирован на основании доноса конкретного лиц. Возникла необходимость проверить психическое здоровье этого лица. В некоторых случаях можно было достаточно легко дать экспертное заключение о психическом расстройстве доносчика.

Так, один из слушателей Военно-политической академии им. В.И. Ленина написал в «органы», что преподаватель Х. «формально правильно говорил о напряженной международной обстановке», но на самом деле «судя по интонации, выражению лица и речевым оборотам, менял смысл лекции и призывал слушателей объединиться для уничтожения руководителей партии и правительства». Секретной почтой этот слушатель адресовал свои, несомненно бредовые, интерпретации на имя К.Е. Ворошилова, члена Политбюро, наркома обороны. Этих «материалов» было достаточно, чтобы Х. арестовали по ст. 58 УК РСФСР, а затем расстреляли.

Как удалось установить при экспертизе, в этом и ряде других случаев психическое состояние доносчиков характеризовалось развитием монотематического бреда, фабула которого по существу отражала нагнетаемую тоталитарной системой атмосферу всеобщей подозрительности, шпиономании. От граждан требовалось постоянная революционная бдительность, направленная на разоблачение банд подпольных «врагов народа». Эти случаи вполне соответствовали положению А.В.Снежевского (1955) об отражении в фабулах бреда реальной социальной ситуации. Интересно, что такая бредовая убежденность в том, что тот или иной человек — «враг народа», иногда возникала как озарение и побуждала к немедленному донесению ее до «компетентных органов».

Ряд лиц, на основе бредовых утверждений которых строилось обвинение, впоследствии, спустя годы, были госпитализированы в психиатрические больницы в связи с развитием явно психотических состояний. Там у них выявлялись такие шизофренические симптомы, как бред воздействия, галлюцинации (слуховые и даже обонятельные), эмоциональная сглаженность, что служило основанием для постановки диагноза шизофрении. Такие случаи еще прижизненного диагностирования психического заболевания позволяли при проведении посмертных экспертиз более уверенно оценивать фабулу доноса как бредовую. Однако зачастую отдифференцировать варианты сверхценных, паранойяльных и бредовых идей было весьма сложно. Продуктивная научная разработка всех этих труднодифференцируемых (и при этом, как правило, весьма социально резонансных) случаев показывает особую значимость научных разработок проф. Т.П. Печерниковой данной теоретической и практической проблемы.

Действительно, диагностика состояний, при которых другой, кроме бреда, симптоматики может не быть, а у больных, кроме поступков и личностных позиций, имеющих непосредственное отношение к бреду, аффект, речь и поведение не отличаются от нормальных, представляет чрезвычайную сложность. Причем, когда психиатрам удается достаточно полно определить бредовое расстройство у лица, известного своими одиозными идеями и нестандартной деятельностью, то почти всегда находятся «независимые» психиатры, берущие на себя обязанности «правозащитников» выступать с традиционными заявлениями об очередном «политическом злоупотреблении психиатрией».

Хроническое бредовое расстройство (F22.0), рассматривается в МКБ-10 как группа различных расстройств, которые «не могут быть квалифицированы как органические, шизофренические или аффективные», и «повидимому, эта группа гетерогенная, имеющая неопределенную связь с шизофренией». Недостаточность теоретических и этиопатогенетических базовых позиций МКБ вынудила дать признание, что для хронических бредовых расстройств «относительная важность генетических факторов, личностных характеристик и жизненных обстоятельств в их происхождении пока еще не достоверна и весьма разнообразна».

Анализируя наблюдавшиеся мною за более чем 50-летнюю экспертную практику случаи, которые по классификации МКБ-10 соответствовали рубрике «Хронические бредовые расстройства», удалось выявить роль особых инсайдов в возникновении и дальнейшей хронификации бредовых идей при их экспансивной фабуле (что относительно редко наблюдалось при персекуторных идеях)*: первоначально по типу неожиданного озарения возникал ответ на доминировавший в психической жизни индивида вопрос. Это озарение снимало внутреннюю напряженность, связанную с поиском решения, и давало радость от разрешения проблемы. Его возникновение нередко имело мистическое понимание (типа: «Вот, Бог и подсказал») или горделивую самооценку: («Кто ищет, тот всегда найдет»).

Как свыше данное или как заслуженное вознаграждение содержание инсайта воспринималось в качестве истины в последней инстанции и сомнению не подлежало, если оно и возникало, то тут же находились контраргументы. Эти неожиданные озарения в сфере личностной доминанты по сути были информацией для нового понимания и решения волнующей личность проблемы, что инициировало дальнейшее развитие возникшей идеи. В тех случаях, когда эта разработка происходила на основе паралогичности и отмеченной не критичности, формировалась бредовая система, фабула которой безоговорочно принималась за факт. В этих случаях содержание смысла инсайта входило в самосознание

* Отличие между персекуторной и экспансивной фабулами основано на различиях самосознания в сфере взаимоотношений Я — «другие»: при первой Я страдалец от «других», при второй Я — благодетель (даже если личное Я страдает ради блага «других»).

бул в этой сфере «открывательства». Идеи реформирования религий возникали во все времена. В древности их анализировали богословы и, находя в них то, что теперь называется бредом, выносили соответствующие вердикты. Многие из таких идей были описаны в старых руководствах по психиатрии как «религиозный бред» — нелепые идеи, которые не выходили за рамки соответствующих фабул. В отличие от этого прочитанные нами многие десятки писем по существу были иллюстрацией того, что мы называем «менталитетом научной мистики». Преобладали вычурные «научные» доказательства модного в настоящее время учения о реинкарнации, смесь компьютерных расшифровок предсказаний Нострадамуса и Откровения св. Иоанна Богослова об Армагеддоне с детализированными наукообразными идеями о подключении к мировому Космосу и заселении Земли душами давно умерших людей. Некоторые из этих писем заканчивались довольно решительно, например: «Руки прочь от летающих тарелок!». Систематизированные квазирелигиозные идеи также были наукообразными: «астро-математическая теория» развития человека и возникновения христианства на основе «эфирной сущности человека» и «энергии глубинных корешков человеческого организма», использование современных технологий для «дистанционного общения с Богом, в том числе принятия таинств исповедания и причастия». Были и нападки на РПЦ за то, что она не применяет «торсионные поля духовности для информационного единства живых и мертвых верующих», ждущих такой «заэкранированной связи», что она не «обожествляет Интернет», что не признает «космических пришельцев» и т.д.*

О тех людях, которым вдруг открылся голос Бога, святых или, наоборот, сатаны, шайтана, и после этого они заявляли, что им было дано новое понимание Библии, Корана, известно еще до текстов Ветхого Завета и содержатся во всех религиях. Озаренные новой идеей, такие люди, следуя полученным свыше указаниям, пытались реформировать религиозные учения, отдавая им всю свою жизнь в переносном и даже прямом смысле слова. Примером подобного может служить судьба одного из лидеров шиитской секты низаритов Хасан ала Зикри-хи-Саид (Иран, XIII в.), который заявил своей общине, что истинный имам (двоюродный брат пророка Мухаммада Али ибн Абу-Галиба) открыл ему новый порядок поклонения Аллаху: отныне каждый мусульманин может пить вино и совокупляться с кем захочет. Хасан заверял граждан, что он «своими ушами» слышал указания этого давно умершего пророка, однако не все поверили ему, началась смута, Хасан вскоре был убит, а его государство пришло в упадок.

Однако нет никаких оснований считать, что все реформаторские идеи религиозного содержания (даже с социальной деструкцией) должны рас-

* В некоторых письмах авторы признавались, что их «озарила» идея освятить мавзолей В.И.Ленина и признать его «Главной ракой всея Руси»; считать Б.Н. Ельцина сыном Бога на Земле и т.п. Авторы подобных писем призывали Патриарха поддержать их деятельность по реализации этих идей.

добиваясь, чтобы оно стало доступным для понимания «всем народом». Из-за такой гротескной углубленности в разработку «идеи века» и отрыва от реальной жизни больные теряют работу, становятся иждивенцами, иногда идут на корыстные правонарушения ради получения средств на дальнейшие «исследования».

Другие больные довольно активно пытаются реализовать свои «научные» открытия, сразу сделав их достоянием общества. Найдя слушателя, они навязчиво рассказывают о своем открытии и требуют признать его гениальным. Несколько лет тому назад мне была предоставлена возможность ознакомиться со всеми письмами, присланными на международный онкологический конгресс в Москве. Эти письма можно было разделить на три группы: в одних содержались благодарности участникам конгресса и пожелания им творческих успехов; в другой части — просьбы об оказании специализированной помощи конкретным больным (как правило, родственникам); третья группа писем носила, по существу, бранный характер в адрес участников конгресса — авторы этих писем заявляли, что «нечего тратить деньги на всякие конгрессы, лучше их отдать больным», и утверждали, что они сами давно открыли способ лечения рака, но его не хотят под разными неблагоприятными предложениями признавать «ученые конгрессмены». Описанные рецепты лечения содержали как вполне приемлемые методы народной медицины, так и явно бредовые идеи изобретательства (например, использование метода концентрации энергии из созвездия Рака на уничтожение раковых клеток).

В последнее время способы целительства, разработанные на основе «открытий» больных с хроническим бредовым расстройством, встречаются все чаще. Их реклама с изначальным изложением медицински правильных предпосылок, с заверениями, что они якобы имеют одобрение специалистов или других известных лиц, как бы прикрывает узловую бредовую суть нового способа лечения. Такая самореклама со ссылками на авторитетную поддержку для индуцирования лиц, ищущих помощи своим близким, может понята как упомянутая сюрсимуляция. По мнению больных, такой прием — это ложь во имя спасения обреченных на смерть, что полностью оправдывает подобную рекламную тактику. Сами же больные абсолютно верят в чудодейственность изобретенного ими способа лечения, они хотят нести людям добро, но и не отказываются от «честных гонораров» за проводимое лечение. Некоторые такие рекламы носят достаточно наукообразный характер и являются вполне убедительными для несведущего человека, что позволяет этим больным иметь свою «практику». Вокруг Онкологического центра в Москве все вертикальные поверхности буквально покрыты подобными рекламными объявлениями, гарантирующими «выздоровление», и среди них немало таких, которые исходят от людей, больных бредовыми расстройствами. Отдифференцировать в таких случаях сюрсимуляцию от мошенничества достаточно сложно.

В целом, социальное поведение изобретателей с бредом новых способов целительства не представляет особой общественной опасности,

если не говорить о том, что они отнимают материальные средства у родственников больных и дают им ложную надежду, затягивая тем самым начало специализированного лечения.

Главную опасность представляют больные с экспансивным бредом изобретательства, которые своим «открытием» хотят осчастливить мир, но встречают на этом пути препятствия. В первую очередь это относится к представителям группы «научно упорных», стенично стремящихся найти правильные решения возникшей идеи. Будучи абсолютно уверенными не только в научной истинности своей идеи, но и в ее большом социальном значении, такие больные активно пытаются реализовать ее в жизни. Все сомнения в этой «истине» они воспринимают как козни врагов, которые «ставят палки в колеса». И тогда начинается борьба с этими врагами, врагами не их лично, а страны и даже всего человечества, для пользы которого сделано открытие: больные превращаются в преследователей своих преследователей. Это усложнение бреда изобретательства становится крайне опасным, что проиллюстрирует экспертный случай из нашей практики.

Н., крупный ученый одного из особо секретных оборонных научно-исследовательских институтов, обвинялся в умышленном убийстве референта Президента академии наук СССР М.В.Келдыша. Н. наряду с плановой работой своего НИИ самостоятельно, скрытно от коллектива занимался собственной разработкой «особо эффективного оборонительного оружия». Всю техническую документацию он хранил в персональном сейфе. После того как Н. счел, что изобретение готово, он пошел к начальнику НИИ и предложил ознакомиться с его трудом, предупредив, что документ имеет особую секретность, так как в нем изложена разработка необходимого для обороны страны сверхэффективного оружия. Через несколько дней Н. получил возможность обсудить изобретение с начальником НИИ. Тот отметил не только научное, но и политическое значение сделанного изобретения, вместе с тем указал, что в нем есть отдельные положения, которые нуждаются в коррекции.

Н. отказался вносить коррективы, подумав, что его изобретение руководитель или хочет присвоить и получить высокие награды, или, наоборот, для вида его засекретить, а фактически передать американцам, предав Родину. Сошлись на том, что изобретение обсудят на секретном заседании ученого совета Института. Выступавшие на ученом совете говорили об особой эффективности нового оружия, однако все отметили ту логическую ошибку, без устранения которой изобретение не может быть реализовано. Н. вновь не принял замечание и счел, что члены ученого совета в сговоре, они не заинтересованы в оборонной мощи страны и будут препятствовать реализации его изобретения. Тогда Н. решил идти на прием к президенту Академии наук СССР М.В.Келдышу, показать свое изобретение и рассказать о чинимых препятствиях интересам Родины. Референт президента сказал Н., что, прежде чем передать «шефу» техническую документацию, он должен с ней предварительно познакомиться на предмет целесообразности, чтобы не загружать президента.

Соблюдая все необходимые требования к передаче особо секретных документов, референт взял у Н. тубу с чертежами и папки с технической документацией, после чего определил дату ответа. В назначенный день Н. пришел на встречу к референту Келдыша, который сказал, что президент заинтересовался его изобретением, но отметил несколько положений, без переработки которых проект неосуществим. Получив отказ, Н. еще больше убедился в особой важности своего изобретения, а также в том, что на пути к его реализации стоят могущественные враги. Он был убежден, что референт, поняв огромное значение изобретения, не показывал его Келдышу и решил продать американцам. Н. ответил референту, что он легко и быстро устранит сделанные замечания и вновь придет с исправленным вариантом, на что получил согласие референта. Через несколько дней Н. появился в кабинете последнего с пеналом для чертежей. В пенале он принес обрез винтовки, из которой в упор расстрелял референта.

Своеобразием современных (с конца XX в.) экспансивных бредовых идей является то, что они достаточно часто стали носить синкретический характер, эклектизм которого проявлялся сочетанием разнородных, противоречивых воззрений, не совместимых друг с другом, в первую очередь — соединением материалистического и метафизического в одной фабуле. Для этой продукции характерны нелепые сочетания научной фантастики с компиляциями квазирелигиозных учений различных культов и верований. Это явилось своеобразным выражением того социального феномена, который мы назвали «менталитетом научной мистики» (Кондратьев Ф.В., 1994). Он проявляется в широком распространении различных «познавательных» сюжетов, в которых в разных композициях сочетаются «научные» идеи алхимии, астрологии и космологии, психотроники, уфологии, экстрасенсорики и т.п. вперемежку с оккультизмом, пантеизмом и теософией. Наполнение общественного менталитета разноцветьем низкопробных знаний привело к созданию суррогатных «истин», представляющих эпигонские претензии заполнить реально ощущаемую духовную ущербность «новыми», «современными» мировоззренческими учениями со своими трактовками каких-то религиозных или оккультных положений. Бредовые калейдоскопические отсветы в виде инсайтов лишь разнобразят картину, но не могут создать ее остова. Новых «научных» подходов к «тайнам космоса», к реформированию устоявшихся воззрений на мироустройство в результате таких бредовых инсайтов не бывает. Но они дают толчок к стремлению примкнуть к «мистическим», «ведическим» и т.п. «интеллектуальным», «эзотерическим» общинам.

Работая по проблеме религиозных культов, я имел возможность ознакомиться с большим количеством писем, направленных Патриарху Русской Православной Церкви (РПЦ), которым по их содержанию не могли дать дальнейшего хода и они хранились в информационно-консультационном центре святого Ирины Лионского Московского Патриархата. Изучение корреспонденций убедительно показало динамику фа-

наличие которого определяет классическое понятие бреда (Griesinger W., Magnan V., Maudsley H., Kraepelin E., Корсаков С.С) и который должен бы свидетельствовать о психическом расстройстве, оказывается, может быть отнюдь не психозом, а всего лишь суеверием, рожденным бредоподобными фантазиями и даже отражением общественно менталитета. Более того, удачные фантазии на мистические темы становятся ходовым товаром, который с неприкрытым цинизмом рекламируют его адепты, получая многомиллионные доходы.

Общественный менталитет научной мистики способствует тому, что люди не хотят слышать, когда им говорят, что король (в данных случаях — новоявленный бог) «голый», они не внимают никаким доводам, что здесь нет ни науки, ни религии, а есть корыстное бредоподобное фантазирование как своеобразный бизнес, прикрытый «духовной» фразеологией.

«Эталоном» такого бизнеса является деятельность Л.Рона Хаббарда. Из многочисленной литературы об этой стороне его деятельности известно, что он считал главной целью наживу, а ложь — единственным эффективным способом контроля над людьми. Будучи третьесортным сочинителем научной фантастики, Хаббард после ряда финансовых неудач понял, что существуют и более простые пути к обогащению. В 1949 году, выступая на съезде писателей-фантастов в Нью-Джерси, Хаббард заявил: «Писать, чтобы получать по центу за слово, смешно. Если человек действительно хочет получить миллион долларов, то лучший способ — это изобрести свою религию». Через год после этого заявления, в 1950 г. Хаббард выпустил книгу «Дианетика», которая стала основой придуманной им церкви Сайтеологии.

Никто из приверженцев Хаббарда не смог уловить духовный смысл «церковных фантазий» нового «бога». Духовных смыслов в сайентологии просто нет. Зато другие смыслы достаточно ясно даны Хаббардом в его официальных, закрытых для посторонних, посланиях сотрудникам. Так, в «Официальном послании сотрудникам от 09.03.1972» он цинично объяснил суть деятельности своей «Церкви»: **«Делайте деньги, делайте больше денег, заставляйте других работать, чтобы они делали для вас еще больше денег».**

В рекламных текстах позиционирования Хаббарда неизменно указывается, что за всю свою жизнь он написал свыше 540 работ и прочел более 3000 лекций, которые записаны на пленки, и что его труды разошлись «116-миллионным тиражом на 32 языках во всем мире».

Согласно Хаббарду мир обречен на уничтожение, и в этой ситуации только он, Рон Хаббард, нашел единственно возможный путь к спасению. Суть его учения абсурдная фантастика: миллионы лет назад верховный правитель Ксену собрал духов-Тетанов в кратере вулкана на Земле и взорвал там водородную бомбу. Оглушенных и перепуганных Тетанов разметало по всем планетам. У каждого из людей за пределами тела и ума существует своеобразный основной элемент личности — «тетан», представляющий человеческий дух, или жизненную энергию, и облада-

смаиваться как сопряженные с психопатологией, хотя до сих пор представляет сложность интерпретация галлюцинаций Мартина Лютера, основателя протестантской церкви, радикально изменившего мировой социальный расклад: во время утомления и волнения от прений с религиозными противниками Лютеру являлся сатана и беседовал с ним (ссылка С.С.Корсакова на французского психиатра XIX в. Lelut).

Следует отметить, что бредовые религиозно-мистические идеи как одна из причин криминальной агрессии приводят к совершению наиболее жестоких и нелепых убийств. Возможно, это связано с тем, что религиозное чувство — одно из самых сильных чувств человека, Фрейд связывал это с перенесением на себя образа Бога — Идеального Отца (Freud S., 1985). В нашем пособии для врачей «Виды социально значимого поведения, связанного с религиозностью человека (судебно-психиатрический аспект)» приведен ряд таких случаев, взбудораживших в свое время общественность.

При наличии фабулы научной мистики дифференциальный диагноз представляется наиболее сложным. Такие фабулы научной мистики наблюдаются в рамках как бредовых расстройств, патологического бредоподобного фантазирования, так и в рамках психологических вариаций личности. Бредоподобное фантазирование как психопатологическое состояние, наблюдающееся в судебно-психиатрической клинике, отличается остротой, отсутствием стойкой убежденности в соответствии его фабулы с действительностью, зависит от тяжести психогенной ситуации и само ее содержание может как бы «подправляться» врачом-психиатром. В противоположность этому в случаях «пограничного» психологического бредоподобного фантазирования, особенно имеющего характер личностной установки, фабульная система устойчива и может лишь развиваться и усложняться без изменения стержневой идеи. Интересно, что еще в XIX в. С.С.Корсаков описывал симптомокомплекс своеобразной патологической лживости (*Pseudologia phantastica*), в таких случаях увлеченные фантазией выдают себя за особых лиц, появляются в различных самозванных ролях, они сочиняют самые разнообразные истории и многих вводят в заблуждения.

В психологии считается, что фантазия позволяет иначе посмотреть на уже известные факты и в силу этого обладает огромной художественной и научно-познавательной ценностью, что она может порождать «творческую активность» и, будучи связанной с личной одаренностью и индивидуальным опытом человека, складываться в процесс его деятельности.

Трудность дифференцирования бредовых идей, имеющих научно-мистическую фабулу, от бредоподобного фантазирования с той же фабулой и даже от «психологической активности» обусловлена тем, что здесь становятся диагностически нейтральными такие классические свойства бредовых идей, как их несоответствие действительности, противоречие «свидетельству чувств и рассудку, результатам проверки и доказательств» (Griesinger W., 1872).

Определение бреда именно как идей, суждений, не соответствующих действительности и логике, обуславливает в настоящее время при дифференциально-диагностической работе делать акцент не на абсурдности фабулы, а на тех признаках, которые демонстрируют своеобразие возникновения этих идей и особенности их сопряженности с другими психопатологическими феноменами. Разумеется, при этом психиатрам следует быть в курсе «нормативности» той ментальности, что лежит в основе возникновения научно-мистического учения конкретного социально-культурального сообщества, фабула которой представляется нелепой.

Неизменное увеличение числа квазирелигиозных учений, абсурдно «синтезированных» с научными фантазиями, началось в России в 90-е годы после принятия Федерального закона «О свободе совести и религиозных объединениях». Вот дословный текст такого продукта менталитета научной мистики, взятый из «Обращения Высшего Разума Вселенной ко всем жителям Земли в связи с переходом в эру Водолея»*: «Это послание явлено на Землю через Виссариона. Виссарион — есть Слово Божие во плоти и крови, вновь пришедшее на Землю во спасение рода человеческого...», — утверждает в преамбуле. Далее вперемешку с религиозной лексикой выдаются эрзацы современной науки: «ВЫСШИЙ Разум Вселенной предупреждает, что с октября 1990 г. на Земле началась Новая Эра. На смену эпохе Реинкарнации, когда бессмертная душа переселялась из одного тела в другое, пришла эпоха бессмертия. Цикл перевоплощения заканчивается, и в результате Космической Мутации, которая началась в декабре 1990 г., тело человека, как и душа, станет бессмертным. Трансмутация — сложный физиологический процесс, протекающий на уровне клетки. В человеческом организме произойдут такие изменения, которые приведут тело в новое состояние и позволят ему перейти на энергию Космоса. По мере этой перестройки организма потребность в пище постепенно уменьшится, а затем совсем исчезнет. Это связано с тем, что все источники энергии на планете (пища, вода, воздух) экологически загрязнены, и спасение человечества будет заключаться в том, что люди постепенно отойдут от всего этого. Сначала будет проводиться на Земле Космическая мутация, после чего в клетку тела будет заложен код с программой вида человека Шестой цивилизации, которая придет на смену Пятой цивилизации, заканчивающей свое существование в 2003 г.» «...В конце сентября 1994 г. начнется раскрытие кармической памяти людей о их прошлых воплощениях». «... После катаклизмов, намеченных на апрель 1997 г., планета будет частично разрушена, произойдет смещение земной коры во многих местах планеты. Это связано с перемещением земной оси и полюсов».

Если многочисленные адепты «Церкви Виссариона» принимают подобное «учение», кстати, распространяемое в огромных тиражах в виде печатной и видеопродукции, за обращение «высшего разума» и верят,

* Планета Земля действительно входит в созвездие Водолея.

что Виссарион является истинным «Словом Божиим во плоти и крови», «Христом-спасителем новой Шестой цивилизации» — это, конечно, их личное дело и законное право, гарантированное всеми основополагающими документами о свободе совести и религиозных объединениях. Однако психиатр не может не видеть определенных проблем с логическим мышлением как у автора самого учения, так и у лиц, принимающих его как «последнее откровение». Не нужно быть богословом, чтобы убедиться и в том, что собственной духовности ни в «новом», ни в «последнем откровении» Виссариона просто-напросто нет. Вместе с тем его фантазирования оказались высокодоходными, что позволяет ее основателю вести роскошную жизнь и проповедовать свое учение не только в разных регионах России, но и в Западной Европе и даже в США. В противоположность этому духовное сектантство всегда бескорыстно.

Виссарион это — бывший милиционер Сергей Тороп из г. Минусинска. Во время очередного патрулирования Тороп получил приказ старшего подобрать валявшегося на улице человека. Но Тороп вдруг увидел над головой этого человека сияющий нимб и отказался выполнить приказ старшего. На следующий день он был освидетельствован психиатром и в срочном порядке уволен из милиции. Торопом этот нимб был воспринят как призыв Бога. Вскоре он отказывается от имени Сергея Торопа и провозглашает себя Христом, Миссией и в течение короткого времени организует религиозное движение — церковь Единой Веры Виссариона.

Как расценить появление нового культа: как нелепый бред, вспыхнувший после инсайта, и последующее индуцирование им десятков тысяч последователей (некоторые из них даже имеют ученые степени) или это всего лишь бредоподобное фантазирование у человека, увлекшегося модной эзотерикой? Действительно, за несколько лет до описанного эпизода, Тороп стал активным участником эзотерического кружка. На собраниях этого кружка обсуждались загадки уфологии, паранормальных явлений, нетрадиционной медицины (учение Порфирия Иванова, методы уринотерапии, лечебного голодания и пр.), трудов Рерихов, Ел. Блаватской и др. Тороп интересуется и «Белым братством», устанавливает с ним связи. Очень скоро Тороп становится одним из руководителей кружка. Многие из его нынешних «апостолов» — выходцы именно из этой группы. Возможно допустить и то, что Тороп был личностью со своим исходным мистическим мироощущением и магическим мышлением, которым и соответствовал возникший инсайт, активизировав его жизнь в мире «научной мистики».

Та легкость распространения нелепых учений многих новоявленных богов (то же «Белое братство», АУМ Синрикё Асахары, Виссарион, недавно осужденный за мошенничество Г.Грабовой, воскрешавший погибших в Беслане детей, и др.) дает основание согласиться с утверждением К. Jaspers (1991) о том, что «способность принимать на веру даже самый грубый абсурд поразительным образом увеличивается в современном человеке. Он так легко поддается суеверию». «Самый грубый абсурд»,

Как известно, наряду с патологическим бредоподобным фантазированием само по себе фантазирование может быть нормативно-психологическим. Оно может быть приятным и бескорыстным (вспомним Обломова), оно может быть увлекательным и познавательным (сколько мы узнали от Жюль Верна!), может быть для автора доходным увлечением или просто средством к существованию (профессиональные писатели-фантасты), а может быть основным, главным смыслом жизни, способом превращения в реальность своих авантюристических виртуальных фантазий. Таким был Ли Рональд Хаббард. Это и было его главным свойством жизни, остальное — второстепенные добавки. Такой фантазеркой видится и Е.Д.Марченко.

Только деонтологически грамотный экзистенциальный анализ личности фантаста во всей полноте и уникальности ее существования (экзистенции) может определить нормативно-индивидуальные и/или психопатологические свойства этой личности.

Поднятая в свое время проф. Т.П. Печерниковой сложная проблема клинической дифференцировки сверхценных, бредоподобных, паранойяльных состояний в разных нозологических интерпретациях в настоящее время становится особенно актуальной, эта актуальность обусловлена изменением социокультуральных реальностей с формированием менталитета научной мистики, наполняемого абсурдными фантазиями.

Литература

Анти-Саентология. Критика доктринальных основ и технологий хаббардизма. — СПб.: центр СПбГМТУ, 1999.

Дворкин А.Л. Сайентология // Сектоведение. Опыт систематического исследования. — Н.-Новгород. — 2000. — С. 163-206.

Кондратьев Ф.В. Социокультуральный фон в России конца XX века и его феноменологическое отражение в психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия. — М., 1994. — Т.4, Вып. 2. — С. 135-139.

Кондратьев Ф.В. Мистические фабулы убийств лицами с психическими расстройствами // Механизмы человеческой агрессии. — М.: ВНИИ МВД России, 2000. — С. 68-82.

Кондратьев Ф.В. Проблема религиозных культовых новообразований («сект») в психолого-психиатрическом аспекте : Аналитический обзор. — М., 2000. — 100 с.

Кондратьев Ф.В. Виды социально значимого поведения, связанные с религиозностью человека (судебно-психиатрические аспекты): Пособие для врачей. М., 2006. — 77 с.

Марченко Е.Д. Радость Величия. — М.: Тройка, 1997. — 376 с.

Печерникова Т.П. Сутяжно-паранойяльные состояния и их судебно-психиатрическая оценка: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. — 1969.

Хартвиг Рената (Renate Hartwing) Саентология. Я обвиняю! Пер. с нем. Scientology. Ich klage an! — М.: «Скорпион». 2002 — 142 с.

ющий сверхъестественными возможностями. Чтобы тетан стал «своим», с ним заключают договор на миллион или более лет. Тетаны могут покидать тела, которые они заселяют, переселяясь из тела в тело и существовать вне их за пределами физической Вселенной «предположительно» 300 триллионов лет. Нет смысла в данной статье описывать подробные детали фантазий, нанизанных на нелепую основу, которую Хаббард назвал новой религией. Если бы Хаббард эту фантазию позиционировал как очередной литературный опус и получил за него соответствующий гонорар, претензий к нему не было бы — творческое фантазирование тоже труд. Но поскольку он выдает ее за новую религию, то это такой же абсурд, как и суть самой фантазии: бездуховных религий не бывает. Это можно было бы назвать бредом, если бы не было известно, что автор сознательно фантазировал, чтобы извлечь из этого выгоду, т. е. занимался заведомым обманом и злоупотреблял доверием своих адептов. Сказанное не позволяет творчество и деятельность самого Хаббарда и созданных им на этой основе дочерних структур квалифицировать как результат психопатологической бредоподобной фантазии. Здесь надо определять фантастически-авантюристические личностные predispositions, которые легко развились в индивидуальную деятельность, адекватную нормативам безнравственного социума. (Неслучайно Хаббард был близок к сатанистам).

Оценка деятельности самого Хаббарда и созданных им многогранных структур далеко не соответствует вышеприведенной саморекламе. Вся его биография полна противоречий. Известно, что он в 1947 г. находился на психиатрическом лечении в морском госпитале «Оак Кнолл» (США), что Верховный Суд Калифорнии назвал Хаббарда «шизофреником и параноиком». Самопровозглашенная Церковь сайентологии длительное время освобождалась от налогообложения как религиозная организация, хотя она никогда в религиозном мире не призывалась церковью. Менеджмент сайентологических организаций успешно себя рекламирует в разных видах деятельности и его доходы достигают более миллиона долларов в день. Однако во многих странах эта организация характеризуется как образование, которое «под прикрытием религиозного вероисповедания соединяет в себе элементы экономической преступности и психологического насилия над своими членами с коммерческой активностью и сектантскими наклонностями»*. Таким образом, можно сделать вывод: бредоподобные фантазии Хаббарда не являются психопатологией, несмотря на то, что их суть абсолютно абсурдна. Реальная же деятельность на основе этого абсурда оказалась высокодоходной, чему способствовал уже упомянутый менталитет научной мистики, условия

* См.: Кондратьев Ф.В. К практике экспертных заключений в отношении деятельности культовых новообразований (анализ методик, основанных на учении Р.Хаббарда // Практика судебно-психиатрической экспертизы под ред. академика РАМН Т.Б.Дмитриевой. — М., 2001. — Сб. № 39. — С. 148-161.

которого в наибольшей мере способствовали обнаженному цинизму в рекламировании «достижений» сайентологии.

Финансовый успех бредоподобных фантазий Хаббарда стал примером для подражания. Абсурдные бредоподобные фантазии легли в основу учений ряда культовых новообразований и концепций псевдонаучных организаций. Их негативная деятельность стала вызывать беспокойство общественности. В связи с этим для определения вреда здоровью граждан от деятельности таких сект прокуратура г. Москвы стала выносить постановления о проведении комплексных психолого-психиатрических исследований.*

В настоящее время в России особое беспокойство вызывает деятельность организации «Радастеи» и ее президента Е.Д. Марченко. По просьбе Первого канала центрального телевидения я ознакомился с видеоматериалами и другими документами творчества Е.Д. Марченко. Как и Хаббард, она позиционирует себя в качестве крупного ученого, философа, автора собственного метода «Ритм. Ритмика. Ритмология» и более 300 книг общим тиражом в 4,5 млн экз., якобы получившего международное признание и всяческие награды (результаты журналистских расследований это опровергают). Ее организация объединяет десятки тысяч человек в России, СНГ и дальнем зарубежье. Она пророчит счастье, здоровье и богатство всем, кто приобретется к ее учению. А чтобы приобрести, надо приобрести дорогостоящую литературу, записаться к консультанту и пройти в ее «Радастеи», уплатив за билет, цена которого **от 90 тысяч рублей** (как все это знакомо по деятельности других мистических фантастов-авантюристов!).

Учение Марченко — это абсурдная компиляция различных оккультных и философско-религиозных учений, в первую очередь Агни-Йоги Е. И. Рерих, и собственного научно-фантастического творчества. Его корни видятся в розенкрейцтерстве — всемирном тайном братстве, будто бы унаследовавшим «древнюю эзотерическую мудрость» и сочетающим элементы оккультизма с разнообразными религиозными верованиями и обычаями. Абсурдно-фантастическим (но не бредовым!) представляется смешение материального и духовного миров («мир проявленный» и «мир непроявленный») и так называемые Ритмы — совершенно бессмысленные, зачастую нелепые стихотворные словосочетания, выделяющие, по мнению Марченко, Живое Время, которое влияет на человека и на окружающий его эгрегор (духовную силу). Определенный Ритм, правильно подобранный ритмологом под определенное событие жизни (роды, экзамен, путешествие, выборы и др.), является панацеей от бед, гарантом счастья и исполнения любых желаний: «Ритм — это то, что вас вылечит; то, что уберет ваши страдания; то, что поможет жить в полной гармонии; то, что позволит устроиться на работу; то, что позволит иметь

* Первая такая экспертиза была нами проведена под председательством проф. Т.П.Печерниковой в 1994 г. в отношении деятельности религиозной организации «Фонд Новой Святой Руси» (Богородичный Центр).

огромное количество денег». Подобные обещания служат приманкой для новых последователей «Радастеи» — особенно тех, кто разочаровался в своей жизни и судьбе. Цели организации явно нелепо-фантастические: «раскрытие мозговой и генетической программы; превращение буден планеты и человечества в Праздники через размыкание циклов; формирование Живых Ритмов». Ритмы написаны на языке Вселенной, поэтому их смысл не может быть понятен простому человеку: «Ритм «4Я»: «Побуждение приходит через центр КРЫЛ до ДВЕР существующего мира. Когда три побуждения от КРЫЛ соединятся с Я, и Я дает импульс миру, Струна Закрепления позволяет к себе прикоснуться» (с. 220). Называя себя «лучистым богочеловеком», Марченко призывает последователей перейти в «лучевую форму существования». Эта цель достижима при чтении и заучивании как можно большего числа ритмов: «Читайте Ритмы, постоянно читайте, учите наизусть и тогда ваше «Я» во Времени к вам вернется. И ничего больше делать не надо».

Приведенного достаточно, чтобы убедиться в том, что «творчество» Е.Д.Марченко — это явный абсурд, нелепое бредоподобное (но не бредовое!) фантазирование. Если целью этого активного фантазирования является материальное обогащение, осуществляемое с заведомым обманом и злоупотреблением доверия граждан (что в полной мере раскрывается во всех ее книгах и особенно в «В русле времени, в режиме Пространства», 2000, «За законами Радуги» 2001, «Жизнь без рождения» 2001 и др.), то здесь есть основания для ст.147 УК РФ (мошенничество). Если бы Марченко представляла свое творчество как своеобразную фантастическую литературу, то не было бы обмана в уголовно-юридическом смысле слова и опасений вреда здоровью граждан от ее «научных» вымыслов.

Аналогично динамике развития бредоподобного фантазирования Хаббарда фантастическое творчество Марченко со временем прирастает претензиями на мировую религию. Она не скрывает и даже призывает изучать и практиковать все доступные оккультные и эзотерические знания, которые, по ее словам, духовно обогащают человека. Астрология, нумерология, эзотерические знания, спиритизм, магия, хиромантия, учения Раджиниша, Кастанеды, «Детка» Иванова, Дианетика — вот лишь неполный список того, что Марченко рекомендует своим последователям. Вместе с тем она повторяет традиционный для неокультов призыв: объединение всех религий мира в одну (естественно — «Радастею») и скорейшее установление на Земле царства счастливых, богатых и здоровых людей («Живых Ритмов»), практикующих Ритмологию. Таким образом, псевдонаучно-мистическое фантазирование Марченко основано на явно абсурдных положениях, что, однако, еще не дает основания считать его бредоподобным в клиническом смысле. Психопатологическое бредоподобное фантазирование как истинное болезненное состояние имеет свой патогенез и соответствующий патокинез — это вид психического расстройства. Но в ряде случаев бывает весьма трудно его дифференцировать от психологического фантазирования.

Значительная сложность проведения посмертных экспертиз, неоднозначность экспертных подходов определяют преобладание числа повторных экспертиз при проведении посмертной судебно-психиатрической экспертизы по сравнению с очной — 49,2% и 39,7% соответственно.

С целью выявления особенностей посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе нами был проведен сравнительный анализ 250 посмертных и 350 очных экспертиз по определению способности лица заключать сделки, проведенных в ГНЦССП им. В.П.Сербского и МКПБ №1 им. Н.А. Алексеева за период с 1996 по 2005 гг. Результаты исследования показали, что, несмотря на единство методологических подходов, нозологический состав лиц, в отношении которых проводилась посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, их возраст, структура и мотивация сделки и, соответственно, критерии принятия экспертного решения в таких случаях имеют определенные отличия. Среди лиц, в отношении которых проводилась посмертная экспертиза, преобладали больные позднего возраста — из 179 наблюдений (71,6%), где возраст был старше 60 лет, в 84 (33,60%) возраст приходился на 71-80 лет. При очной экспертизе сделки заключались лицами всех возрастов, при этом на возраст от 60 до 90 лет приходилось лишь 30,86% наблюдений.

Распределение по характеру экспертного заключения также существенным образом отличалось в зависимости от вида экспертизы (рис. 1).

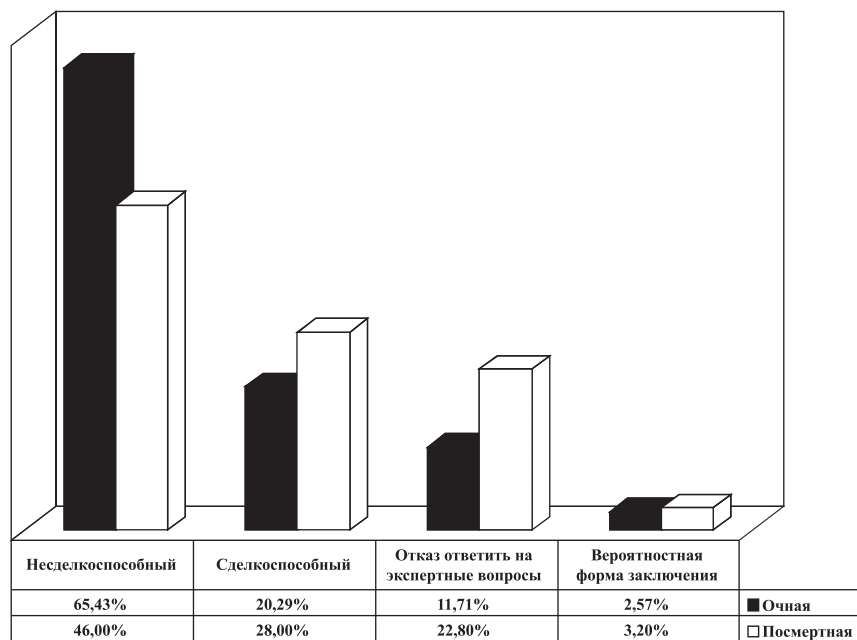


Рис. 1. Виды экспертных решений (N=600).

Хассен Стивен (Steven Hassan) Освобождение от психологического насилия. Пер. с англ. Releasing The Bonds. — СПб.: НЕВА, — М.: «ОЛМА-ПРЕСС», 2001. — 396 с.

Freud S. Une nevrose demoniaque au XVIIe siecle // L'inquietante Etrangete et autre essais. — Paris, 1985 — P. 283-297.

Ясперс К. (K. Jaspers) Смысл и назначение истории. — М., 1991. — 473 с.

URL: <http://www.radasteya.ru>

URL: <http://www.propovednik.ru/site/radasteya/history.htm>

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Е.В.Королева

В последние годы в условиях изменившихся социальных и имущественных отношений, правового положения лиц с психическими расстройствами отмечается значительное увеличение числа гражданских дел по признанию сделок недействительными и, соответственно, количества судебно-психиатрических экспертиз. В особенности эти изменения коснулись посмертных экспертиз в гражданском процессе.

Анализ основных показателей судебно-психиатрической экспертной службы в Российской Федерации, выполненный А.Р.Мохонько и Л.А.-Муганцевой в 2005 г., показал, что очень высокие темпы прироста числа посмертных экспертиз, отмечаемые на протяжении последних 10 лет, сохранились и в 2004 г., увеличившись по сравнению с предыдущим годом почти в 2 раза. Рост количества посмертных экспертиз более чем в 3 раза за три года отмечен также в исследовании А.Р.Мохонько, Е.Я.Щукиной (2003).

Изучение социальных и клинических аспектов посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процесс традиционно проводилось сотрудниками ГНЦСиСП им.В.П.Сербского (Яхимович Л.А., 1977;; Шостакович Б.В, Ревенок А.Д., 1992; Горинов В.В., Дмитриева Т.Б. и соавт., 2003; Яхимович Л.А., 2004). Особенности проведения посмертной судебно-психиатрической экспертизы, а также экспертных критериев при различных соматических заболеваниях отражены в научных трудах Т.П.Печерниковой (2004), Бутылиной Н.В. (2004), Т.П.Печерниковой, О.Г.Михайловской (2005). При этом авторы отмечают особую сложность данного вида экспертиз в связи отсутствием объекта исследования и необходимостью вынесения экспертного заключения лишь на основании доказательств, представленных в материалах гражданского дела и медицинской документации.

Методологические подходы к проведению очной и посмертной экспертиз идентичны и регламентируются ст. 177 ГК РФ. Как следует из этой статьи, для признания сделки недействительной необходимо, чтобы юридически значимый фактор «такое состояние», непосредственно относящийся ко времени заключения сделки, соответствовал юридическому критерию «не способен понимать значение своих действий или

руководить ими». При этом в качестве содержания критерия «такое состояние» следует понимать психическое состояние лица в юридически значимой ситуации сделки, которое определяется результирующей совокупностью клинических, психологических, социальных и ситуационных факторов. Вместе с тем в исследованиях многих авторов отмечается необходимость дифференцированного подхода к вынесению экспертного решения в зависимости от особенностей заключенной сделки (Горинов В.В., Васюков С.А., 1995; Харитонова Н.К., 2004). По мнению S.Ariety (1959), R. Bluglass, R. Bowden (1990), Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок (2002), судебно-психиатрические критерии признания завещания недействительным существенным образом отличаются от критериев недействительности контрактов. Авторы указывают, что завещание является проявлением последней воли лица, признание его недействительным возможно лишь в том случае, если составление завещания обусловлено психопатологическими расстройствами, например, бредовыми переживаниями или выраженным нарушением психических функций. Для того чтобы завещание, составленное лицом с психическими расстройствами, было действительным, необходимо, чтобы оно являлось проявлением его свободной воли, не измененной влиянием болезни. При этом завещатель в момент его составления должен знать, по крайней мере, в общих чертах, характер и местоположение завещаемой собственности; кому именно эта собственность будет завещана; понимать, что он составляет завещание на свою собственность; осознавать и оценивать цели, которых он хочет добиться с помощью имущественного распоряжения. Экспертам необходимо доказать, что болезнь не нарушает привязанности завещателя к близким, при этом сам по себе характер завещания, даже в случае его кажущейся нелепости и эксцентричности, не может быть, так же как и факт наличия психического расстройства, основанием для признания его недействительным.

Кроме того, одной из специфических особенностей посмертной экспертизы в гражданском процессе является высокий удельный вес экспертиз в отношении лиц с соматическими, в том числе и онкологическими, заболеваниями, сопровождающимися психическими расстройствами (Бутылина Н.В., 2007). Изучение особенностей психических расстройств, обусловленных онкологическими заболеваниями, и их влияния на уровень социального функционирования больных осуществлялось во многих научных трудах (Тхостов А.Ш., 1984; Касимова Л.Н., Илюхина Т.В., 2007; Смулевич А.Б., 2007; Stark D.P. House A., 2000; Deineka N.V., Meichenko N.J., 2007). При этом авторами отмечается большая распространенность тревожных и депрессивных расстройств, связанных с тяжелыми стрессовыми факторами. M.J. Massie, J. Holland, E.Glass (1983), K.Shimozuma, P.A Ganz, I.Peterson, K. Hirji (1999) указывают, что более тяжелые формы психопатологических расстройств развиваются в терминальных стадиях запущенного рака и проявляются клиническими симптомами в виде помрачения сознания с нарушением ориентировки, снижением внимания и памяти, обманами восприятия.

приобретают соматические факторы, а психогенные утрачивают свою яркость и интенсивность.

Экспертизы в отношении лиц с психическими расстройствами, обусловленными онкологическими заболеваниями, имели свою специфику. Характерно, что информация о психическом состоянии лица почти во всех наблюдениях содержалась в незначительном числе доказательств, в 75,00% наблюдений больные в течение жизни ни разу не осматривались психиатрами, показания свидетелей об их состоянии на период заключения сделки зачастую были неполными. Наиболее важным источником информации была медицинская документация из соматических стационаров. Среди больных преобладали лица пожилого и старческого возраста — на возраст 61-70 лет приходилось 31,25% наблюдений, на возраст 71-80 лет -32,81% наблюдений. Также обращает на себя внимание достаточно высокий уровень социальной адаптации в течение жизни. Преобладали лица со средним и высшим образованием — 46,88% и 39,06% наблюдений соответственно. Почти у всех больных (96,88% наблюдений) материальное положение было устойчивым и стабильным, они либо работали, либо имели инвалидность в связи с соматическим заболеванием. Уровень семейной адаптации также был достаточно высоким — 40,62% больных состояли в браке, в иных случаях они жили в семьях детей, большинство поддерживали отношения с родственниками. Динамика уровня социального функционирования к моменту заключения сделки зависела от степени сохранности адаптационных возможностей и тяжести психического состояния. Все больные подвергались воздействию неблагоприятных факторов, в основном определявшихся именно возникновением болезни. Длительное воздействие психогенных факторов отмечалось в 85,94% наблюдений и было связано с получением информации о смертельном заболевании, изменением жизненного стереотипа из-за ухудшения здоровья, необходимости длительного лечения, в том числе и в условиях стационара, утраты трудоспо-

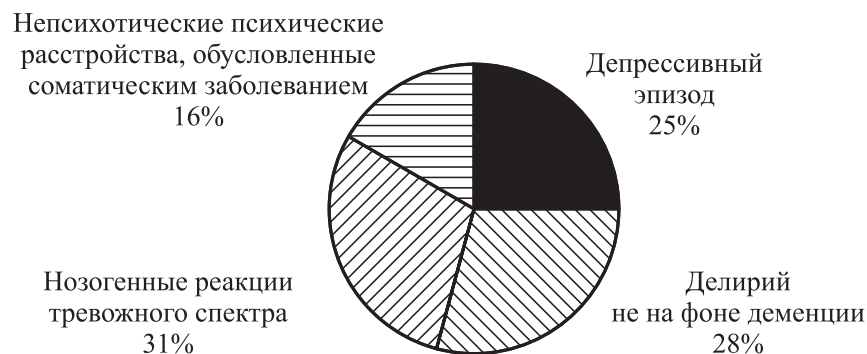


Рис. 4. Психические расстройства при онкологических заболеваниях (N=64).

Из приведенного рисунка следует, что при очной и посмертной экспертизах показатели категоричного и некатегоричного экспертного заключения различны. Заключение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими в целом было вынесено в 344 наблюдениях (57,33%), что в общем соответствует данным по г.Москве в 2004 г. — 50,6% (Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., 2005). При очной судебно-психиатрической экспертизе заключение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими было вынесено в 65,43% наблюдений. При проведении посмертной судебно-психиатрической экспертизы заключение о неспособости было вынесено лишь в 46% случаев, в то время как в 22,80% — было дано заключение о невозможности ответа на экспертные вопросы. Указанный факт позволяет предположить, что в ряде случаев отказ дать ответ на экспертные вопросы был обусловлен невозможностью обосновать экспертное заключение на основании представленных судом доказательств. Это связано с различными факторами: сложностью в оценке выраженности интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений, тяжестью тревожных и депрессивных синдромов, а также наличием или отсутствием соматогенно обусловленного временного психического расстройства с помраченным сознанием.

Сложность вынесения категоричного экспертного заключения при проведении посмертной судебно-психиатрической экспертизы определяется различными факторами. В первую очередь это отсутствие информации, которая при очной экспертизе собирается при освидетельствовании и используется как для клинико-динамического анализа психического расстройства, так и для самоотчета о состоянии на период заключения сделки и деятельности по ее заключения.

Наиболее частой формой сделки, подлежащей обжалованию при посмертной судебно-психиатрической экспертизе, является завещание — 166 (64,40%). Завещание представляет собой более простую в осуществлении сделку: оно не нуждается в сложном оформлении, является безвозмездной сделкой и требует лишь сохранной способности к свободному волеизъявлению и способности выразить его, не требует длительной целенаправленной деятельности по ее заключению. Правовые и фактические последствия составления завещания более очевидны и понятны, чем заключения сложных двусторонних сделок. В силу тяжелого соматического состояния больного круг лиц, общавшихся с ним в период составления завещания зачастую ограничен: это лица ближайшего окружения, врачи-интернисты, в связи с этим показания свидетелей бывают неполными и малоинформативными, в них может содержаться взаимоисключающая информация. Формы обеспечения медицинской документацией на период заключения сделки при посмертной судебно-психиатрической экспертизе представлены на рис. 2. Психическое состояние больного на период составления завещания врачами-психиатрами было описано лишь в 24,80% наблюдений.

Результаты исследования позволили выявить существенное различие в нозологическом составе лиц, в отношении которых проводились очная и посмертная экспертизы. При посмертной судебно-психиатрической экспертизе в 178 наблюдениях (71,2%) были диагностированы различные формы органических психических расстройств. При этом в качестве этиологического фактора можно отметить соматические и неврологические заболевания (цереброваскулярная патология, обусловленная атеросклерозом, гипертонической болезнью, последствиями перенесенного инсульта). В ряде случаев (25 наблюдений, 10,00%) у больных в период заключения сделки отмечался делирий не на фоне деменции, развивавшийся вследствие тяжелых соматических заболеваний, массивного медикаментозного вмешательства, в остром периоде инсульта, в послеоперационном периоде, в предагональном состоянии. Подобные расстройства не встречались при проведении очной экспертизы, поскольку развивались за несколько дней до смерти, вызванной соматическими заболеваниями, которые проявлялись в том числе и психическими нарушениями. В 32,14% сделка была заключена менее чем за один месяц до смерти.

Таким образом, у больных, в отношении которых проводилась посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, часто встречались соматические заболевания, в том числе и сочетание их различных форм (рис.3). Наличие сердечно-сосудистой патологии, гипертонической

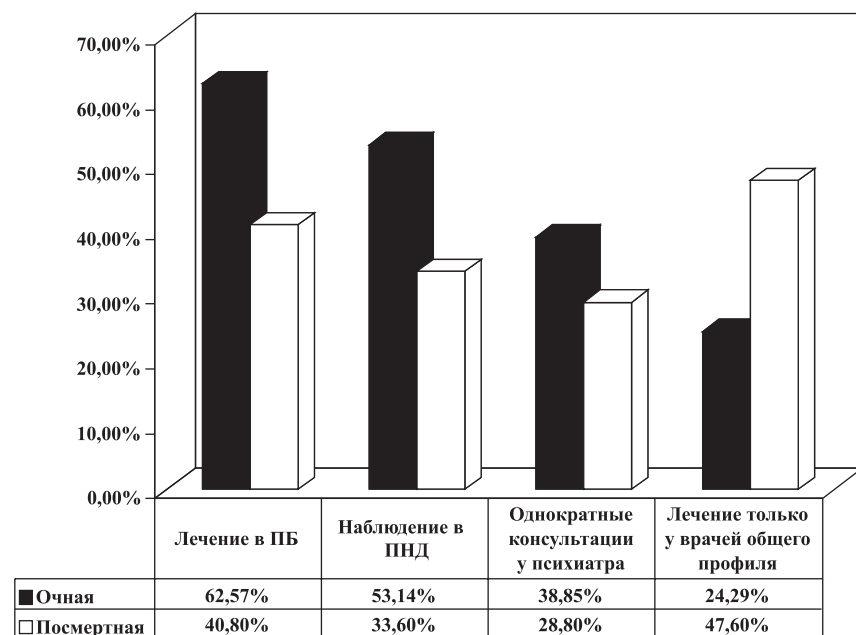


Рис. 2. Формы медицинской помощи (N=600).

ческой болезни, сахарного диабета играло патопластическую роль в развитии органических психических расстройств различной степени тяжести — деменции, органического расстройства личности, органического эмоционально лабильного расстройства, а также в возникновении состояний с помраченным сознанием. Кроме того, соматические болезни во многих случаях становились психогенным фактором, определявшим возникновение тревожных и депрессивных синдромов.

Одной из наиболее распространенных форм соматической патологии у лиц, в отношении которых проводится посмертная экспертиза, являются онкологические заболевания (64 наблюдения, 25,6%). Распределение онкологических заболеваний в зависимости от формы психических расстройств представлены на рис. 4. В формировании психических расстройств при этой патологии принимают участие различные факторы: интоксикация и ее нарастание по мере утяжеления заболевания; а также чрезвычайное по силе и продолжительности психотравмирующее влияние возникшего онкологического заболевания, которое отражается на личностных особенностях больного, на его межличностных и социальных связях и его отношении к окружающей действительности. При этом по мере прогрессирования заболевания, нарастания явлений интоксикации и применения методов лечения, также являющихся органической вредностью (оперативное вмешательство с длительным наркозом, лучевая и химиотерапия, массивная инфузионная терапия, применение анальгезирующих и наркотических средств), и формирования полиорганной недостаточности ведущее значение в клинической картине

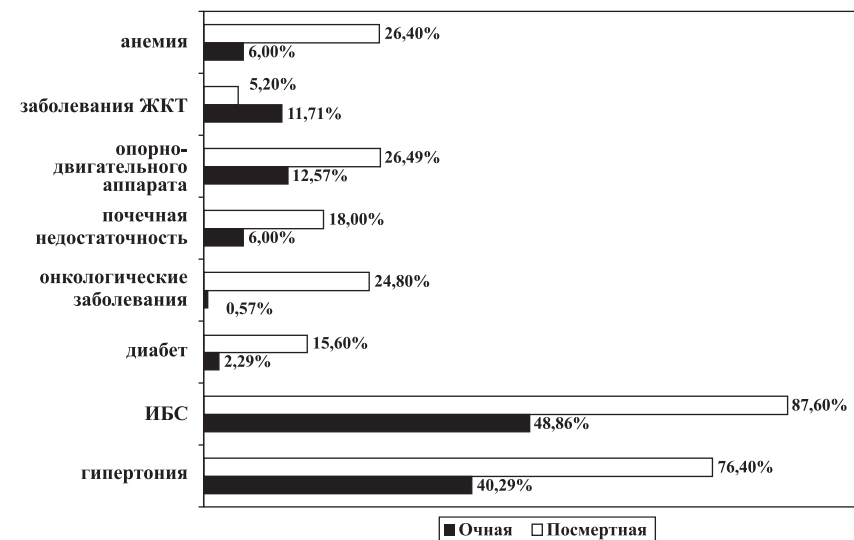


Рис. 3. Соматическая патология (N=600).

цессе // Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — М., 2007. — Вып.4. — С. 3-13.

Горин В.В., Васюков С.А. Теоретические вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Журн.невропатол. и психиатр. — 1995. — №1. — С.104-105.

Печерникова Т.П. Особенности проведения посмертных судебно-психиатрических экспертиз // Современные проблемы психиатрии в гражданском процессе. — М., 2004. — С.25-32.

Печерникова Т.П., О.Г.Михайловская Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц, страдающих сахарным диабетом: Материалы 15-го съезда психиатров России. — М., 2005. — С.315.

Мохонько А.Р., Щукина Е.Я. Аналитический обзор состояний судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации (на 1.01.04), — М., 2004. — С.134-146.

Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2004 году: Аналитический обзор. — М., 2005., — 128 с.

Смулевич А.Б., Иванов С.В., Бескова Д.А., М.Р.Шафигуллин. Нозогенные реакции у больных раком желудка // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. — №3. — С.4-11.

Тхостов А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных // Журн. невропатол. и психиатр. — 1984. — Вып.12. — С.1839-1844.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.. Клиническая психиатрия. — М.:Медицина, 2002. — Т.2. — 523 с.

Ariety S.. American Handbook of Psychiatry. — New York, 1959. — Vol.2. — P.1889-1891.

Massie M.J., Holland J., Glass E. Delirium in Terminally ill Cancer Patients // Am J Psychiatry, 140: 8, August, 1983. — P.1048-1050.

Principles and Practice of Forensic Psychiatry // Ed. by Bluglass R., Bowden R. — Birgman. — London, 1990. — 1406 p.

способности, ухудшения внешнего вида, хронического болевого синдрома. Многие больные тяжело переживали потерю самостоятельности, беспомощность, зависимость от окружающих и необходимость ухода за ними. Острые психогенные факторы, отмечавшиеся в 67,19% наблюдений, были связаны с резким ухудшением состояния, внезапным развитием болевого синдрома, оперативным вмешательством или иными плохо переносившимися методами лечения, приводящими к изменению внешнего вида, а также с ухудшением отношений с близкими людьми и отказом в уходе. Таким образом, развитие онкологического заболевания, являясь тяжелым стрессовым фактором, может сопровождаться различными по глубине и тяжести психогенно спровоцированными психопатологическими расстройствами аффективного и тревожного спектра. Вместе с тем влияние онкологического заболевания на психическую деятельность больного может приводить к изменениям не психопатологического, а психологического уровня, т.е. к глубокой личностной перестройке с изменением системы ценностей и взаимоотношений с ближайшим окружением. Обусловленное этим изменение поведения зачастую расценивается родственниками и близкими как «странности» в поведении, что находит отражение в их показаниях. Однако подобные изменения, безусловно, не являются факторами, нарушающими свободное волеизъявление при составлении завещания, не препятствуют свободному формированию его цели и прогнозу последствий.

Вынесение экспертного заключения в отношении больных с онкологическими заболеваниями проводилось дифференцированно с учетом всей совокупности клинических, психогенных, соматогенных и личностных факторов. Отмечено, что в оформлении клинической картины принимают участие следующие факторы: психотравмирующий, характерологический и экзогенно-органический. В отношении 24 больных (37,50%) было дано заключение о возможности понимать значение своих действий и руководить ими; в отношении 24 больных (37,50%) — о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими; в 13 наблюдениях (20,31%) было дано заключение о невозможности ответить на экспертные вопросы при установлении диагноза на синдромальном уровне, а в 4 наблюдениях (4,69%) экспертное заключение было дано в вероятностной форме.

Непсихотические психические расстройства вследствие соматического заболевания при онкологических заболеваниях отмечались в 16,18% наблюдениях, они проявлялись в основном астеническим синдромом (соматогенная астения). Во всех случаях было вынесено экспертное решение о способности понимать значение своих действий и руководить ими. Склонность к астеническим реакциям, повышенная физическая утомляемость, эмоциональная лабильность, раздражительность, сосредоточенность внимания на собственных ощущениях не сопровождалась выраженными нарушениями критических и прогностических функций. Необходимость адаптироваться к заболеванию не приводила к отказу от доблезненного уровня социального функционирования, больные полу-

чали адекватную терапию, не сопровождавшуюся побочными эффектами. Применяемые в этих случаях современные терапевтические и реабилитационные программы дают возможность сохранности психической деятельности до последних дней болезни. Во всех наблюдениях сделки были целесообразными, отражали намерение больных распорядиться своим имуществом определенным образом, их поведение было целенаправленным.

В клинической картине депрессии и тревоги у лиц с онкологическими заболеваниями (55,88% наблюдений) отмечалось сочетание когнитивных и эмоционально-волевых расстройств, которые были взаимосвязаны и усиливали друг друга. Экспертное решение определяло характер влияния психопатологических переживаний на адаптационные возможности, критические и прогностические функции. При наличии тревоги в большинстве случаев выносилось экспертное решение о способности лица понимать значение своих действий и руководить ими, так как тревога сопровождалась мобилизацией внутренних сил при сохранности определенных адаптационных возможностей. Активная деятельность, направленная на поиск способов исцеления, в том числе и нетрадиционных, зачастую нелепых, фиксированность на своем здоровье, стремление вылечиться любой ценой не сопровождались нарушением оценки межличностных отношений, социальных последствий своих действий, составление завещания носило целенаправленный характер. Экспертное заключение о несделкоспособности выносилось в том случае, если влияние неблагоприятных психогенных факторов искажало и собственно феноменологические проявления клинической картины, в том числе и перестройку всего стиля личностного реагирования. Характерными были нарушения мышления с фиксацией на тревожных переживаниях и невозможностью осмыслить реальную ситуацию, что снижало способность критически оценивать свое состояние, сложившуюся ситуацию и свою роль в ней. Такие больные находились в позднем возрасте, в развитии аффективных расстройств играла роль сосудистая патология вследствие гипертонической болезни, приводившей к выраженным расстройствам органической природы, вплоть до психоорганического синдрома. Также отмечались дополнительные стрессовые факторы, усугублявшие психогенное воздействие тяжелого соматического заболевания, такие как развод, смерть близкого родственника, конфликты с родственниками.

Делирий не на фоне деменции отмечался в 27,94% наблюдений. Его развитие происходило при запущенных формах рака, в том случае, если не оказывалась адекватная терапия, присутствовал болевой синдром, что приводило к бессистемному приему анальгетиков и наркотических препаратов. Клиническая картина проявлялась явлениями интоксикационной энцефалопатии, сопровождавшейся симптомами помраченного сознания. Терминальная стадия рака могла осложняться развитием полиорганной недостаточности, в первую очередь почечной и печеночной, выраженной анемией. Экспертное заключение о несделкоспособности

в этих случаях было основано на совокупности дополнительных критериев: описании соматоневрологического состояния, особенностей проводимой терапии, таких как время начала лечения в соответствии со стадией рака, характером и видом приема препаратов, а также формой реакции на них. В соответствии с данными T.Levin, W.D.Kissane (2006), химиотерапия может осложняться побочными явлениями, которые авторы назвали «химиотерапевтическим туманом» — это нейрокогнитивные эффекты онкологического лечения как вследствие прямого нейротоксического действия, так и из-за возможных иммунологических нарушений.

Анализ экспертных случаев позволил установить, что иногда при вынесении заключения о невозможности ответить на экспертные вопросы были косвенные критерии, свидетельствующие о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими. К ним могут быть отнесены различные виды факторов. В первую очередь необходимо отметить резкое изменение к моменту заключения сделки уровня социального функционирования, с невозможностью выполнения социальных ролей и нарушением межличностных отношений. Также имеет значение наличие органической почвы в виде сосудистого поражения головного мозга и, соответственно, выраженной неврологической симптоматики. Важно учитывать позднюю стадию онкологического заболевания, отсутствие терапевтической помощи или злоупотребление лекарственными препаратами, в том числе транквилизаторами и снотворными, а также проведенное оперативное вмешательство, химиотерапию, лучевую терапию. Указанные факторы в сочетании с некоторыми свидетельскими показаниями, данными в описательной форме, могут быть положены в основу вероятностного заключения.

Таким образом, вероятностные формы экспертного заключения в этих случаях могли бы выноситься в большем числе случаев на основании совокупности дополнительных критериев, поскольку категоричное заключение при недостаточном числе доказательств и невозможности их восполнения приводит к неполному соответствию описательной части заключения экспертным выводам и к назначению повторных экспертиз. Вынесение отказного заключения сопровождается утратой доказательств, которые могли бы быть предоставлены суду только при проведении экспертизы. В то же время вероятностное заключение может быть использовано судом как одно из косвенных доказательств и положено в основу судебного решения наряду с другими косвенными и прямыми доказательствами.

Литература

Бутылина Н.В. Посмертная экспертиза лиц с тяжкими соматическими заболеваниями в гражданском процессе // Современные проблемы психиатрии в гражданском процессе. — М., 2004. — С.10 — 17.

Бутылина Н.В. Особенности посмертной судебно-психиатрической экспертизы лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском про-

бует быстрой перестройки. Стрессовая ситуация в этом случае действует сразу на оба «уязвимых» места в личностной структуре: с одной стороны, меняется привычный стереотип жизни испытуемого, выполняющий компенсаторную функцию, а с другой стороны, — активизируются механизмы аффективной фиксации на ситуации.

Мышление таких испытуемых работает в дезинтегрированном, непродуктивном режиме. Аффективная охваченность с идеаторной переработкой информации об источнике стресса постоянно подкрепляется присущей этим лицам особенностью мышления в виде «персеверативности», т.е. тенденцией к повторам, к навязчивой узконаправленной рефлексии своего и чужого поведения.

Наличие тревожности (низкой способности к вытеснению отрицательных сигналов) как личностной черты вносит свой вклад в нарушение потенциальной системы саморегуляции, обуславливая характерные трудности выделения существенного среди всего многообразия параметров ситуации, в которой таким лицам приходится принимать решения и действовать. В силу указанного качества эти испытуемые придают важность несущественному, им трудно абстрагироваться от малозначимого.

Поэтому выстраиваемая дисгармоничными лицами модель ситуации никогда не воспринимается как однозначная, любые изменения параметров вызывают беспокойство, усиливают тревожность.

По причине нечеткости модели ситуации у данного типа отсутствует и объективность в оценке данной ситуации и своего собственного поведения. В виду указанных личностных особенностей у описываемых испытуемых отсутствуют также четкие представления об успешности деятельности.

Все в целом определяет, что у лиц с выраженной тревожностью наблюдается снижение по всем шкалам ССП, а также наиболее низкий показатель общего уровня саморегуляции.

Дисгармоничный профиль, состоящий из сочетания ведущих 6-й, 7-й и 8-й шкал ММРІ. Наряду с описанными выше особенностями, характерными для сочетания 6-й и 7-й шкал, паттерн этого варианта свидетельствует о своеобразии картины мира в целом, наличии коммуникативных затруднений, а следовательно, и об отсутствии четких эталонов социального поведения в тех или иных ситуациях. В проанализированных профилях с повышением на 6-й, 7-й и 8-й шкалах, как правило, имеется плато на шкалах 7-й и 8-й. Это свидетельствует о тревожности, склонности к бесплодному обдумыванию отвлеченных проблем, («умственная жвачка»), неуверенности, хроническом чувстве душевного дискомфорта с комплексом собственной неполноценности, о чертах инфантильности. Трудности в общении, влекущие отсутствие обратной связи, порождают у этих лиц невозможность взглянуть на проблему со стороны, глазами Другого. По причине описанной редукции способности к рефлексии и свойственной им отгороженности, эмоциональное напряжение у них не находит естественного социального выхода во вне. Защитные

САМОРЕГУЛЯЦИЯ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРА

И.А. Кудрявцев

Раскрытие качества, степени и психологической сущности патологического влияния дисгармоничных черт характера на социальное поведение аномальных личностей представляет собой ключевой вопрос патогенеза психопатий. Его решение является важным условием для объяснения причин их отклоняющегося поведения, позволяет наметить меры первичной и вторичной профилактики.

В судебной психиатрии значительное внимание этой проблеме было уделено Т.П. Печерниковой (1969). Вслед за Е. Блейлером (1929) ею было показано, что основу паранойяльной структуры составляет «застревающий» первичный аффект. Именно этот механизм, согласно автору, определяет главное содержание патологической сутяжной деятельности подэкспертных. Автор всесторонне исследовала проблему, уделив особое внимание вопросам судебно-психиатрической оценке проявлений и условиям развития патологического сутяжничества при паранойяльных расстройствах личности. Ею были выделены критерии вменяемости-невменяемости при паранойяльном психопатическом синдроме, прослежен отдаленный катамнез этих лиц, обоснованы критерии социальной опасности и необходимые меры медицинского характера.

В последнее десятилетие Т.П. Печерникова вернулась к вопросу дифференцированной оценке паранойяльных расстройств личности в рамках комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ), подчеркнув влияние «кризисных периодов» на генез и динамику паранойяльных расстройств личности.

Особую актуальность проблема понимания внутренних закономерностей генеза противоправного поведения у таких лиц приобрела с введением ст. 22 УК РФ, подразумевающей установление ограниченной вменяемости, поскольку формулировка этой нормы требует от экспертов обоснования меры влияния патологических личностных особенностей на поведение подэкспертного в ситуации совершения им правонарушения (Кудрявцев И.А., 1999). *Раскрытие механизмов ограничения регуляции в этих юридически значимых случаях, в частности, с доминированием патологической ригидности поведения, — цель настоящей работы.*

Материал и методы исследования. Изучено 32 подэкспертных, признанных в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского ограниченно вменяемы-

ми*. Диагностика содержательных особенностей произвольного управления инкриминируемыми ООД осуществлялась с помощью многошкальной опросной методики «Стиль саморегуляции поведения — ССП (Моросанова В.И., 2004). Для раскрытия наиболее типичных сочетаний (паттернов) личностных нарушений и понимания механизмов их влияния на регуляцию ООД был использован Миннесотский многофакторный личностный опросник — ММРІ (для анализа были отобраны только достоверные профили)**.

Полученные результаты были дополнены качественным анализом ситуаций правонарушения, где проявились патологические характерологические особенности подэкспертных и связанные с ними дефекты саморегуляции.

Анализ данных ММРІ показал, что профили ограниченно вменяемых лиц относились к так называемому «ломаному» типу. Они характеризовались наличием одного, двух или трех пиков, выходящих за пределы 75-80 Т-баллов, что свидетельствовало о дефиците компенсаторных ресурсов личности и состоянии личностной дезадаптации.

Все достоверные профили ММРІ можно было подразделить на 2 основные группы.

1) Варианты профилей ММРІ с изолированными пиками на 6 шкале; а также с «синергичным» сочетанием пиков на 6 и 4; 8 и 4; 6-4-9 шкалах.

2) «Дисгармоничные» профили с пиками на шкалах, которые несут в себе разнонаправленные тенденции. В частности, сочетания пиков на 6 и 7 шкалах; 6, 7 и 8; 3, 6 и 8; 6 и 3 шкалах.

Соответственно, наиболее часто встречающимися личностными особенностями (и их сочетаниями) у ограниченно вменяемых лиц являлись: аффективная ригидность, тревожность, личностное своеобразие, импульсивность (возбудимость).

Маркируемая пиком на 6-й шкале ММРІ аффективная ригидность определяет избирательность информации этих лиц. Несмотря на достаточный интеллектуальный уровень и способность к построению логических умозаключений, информация воспринимается ими через призму собственных представлений, что влечет снижение реалистичности оценок, а также одностороннюю, недостаточно объективную интерпретацию ситуации. Вследствие этого у испытуемых с выраженной аффективной ригидностью страдают регулятивные звенья моделирования и оценки результатов, о чем свидетельствовало снижение показателей по шкалам моделирования и оценки результатов в профиле методики ССП.

Даже умеренный подъем по 6-й шкале указывает на склонность к накоплению отрицательных переживаний, наличие подозрительности, а подъемы выше 75 Т-баллов (пики) — на враждебность, злопамятность.

Отмеченная выше избирательность восприятия лиц с пиком на 6-й шкале, деформирующая рациональность оценок и адекватное модели-

рование ситуации, в субъективно сложных обстоятельствах, эмоционально переживаемых этими лицами, наполняется смыслами агрессивного характера.

При изолированном пике на 6-й шкале они могут носить и сверхзначимый характер (вплоть до паранойяльного синдрома). Это в еще большей степени искажает звенья регуляторного процесса: параметры ситуации оцениваются крайне односторонне, а модель ситуации отличается адинамичностью.

Аффективная ригидность обычно выступала как изолированное качество, обуславливающее нарушение потенциальной способности к саморегуляции. Однако нередко оно сочеталось с однонаправленными тенденциями, выраженными в 4-й шкале, или с противоположными свойствами характера, фиксируемыми пиками по 3-й и 7-й шкалам.

Наиболее глубокую личностную дисгармонию отражал профиль с одновременным повышением на 6-й и 7-й шкалах выше 80 Т-баллов. Такая конфигурация содержит в себе выраженные и противоположно направленные тенденции — гетероагрессивность и тревожность, ее блокирующую.

Однако при высоких пиках профиля данные качества не компенсируют, а усиливают друг друга. Настороженное отношение к окружающему, ожидание враждебных действий, фиксация на негативных переживаниях усугубляется постоянной внутренней идеаторной переработкой фрустрирующих моментов, что поддерживает «порочный круг» дезадаптации.

Как и другие дисгармоничные профили, паттерн с одновременным повышением на 6-й и 7-й шкалах свидетельствует об «относительной легкости возникновения патологических состояний, даже если это повышение в момент обследования не выходит за пределы популяционной нормы» (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д., 1999). Присущие ограниченно вменяемым лицам с выраженным пиком по 7-й шкале тревожность, неуверенность в себе, нерешительность, хронически заниженная самооценка (что уже само по себе выступает маркером личностного неблагополучия) дополняются у описываемых личностей чертами аффективной ригидности. Механизм компенсации в виде ограничительного поведения путем жесткой регламентации образа жизни за счет уменьшения числа ситуаций, где возможен неуспех, фиксируется у этих испытуемых как устойчивый стереотип поведения за счет свойственной лицам с повышением на 6-й шкале ригидности. Возникает как бы «двойная ригидность» в виде устойчивой системы ограничительных барьеров и негибкости поведения описываемых лиц. Эти испытуемые могут успешно функционировать лишь в достаточно узком диапазоне жизненных ситуаций.

Стрессовыми для описываемой группы испытуемых являются, как правило, сугубо бытовые ситуации с непредвиденным и недоступным планированию исходом, быстрой сменой действующих факторов, т.е. такие, в которых выстроенная система ригидных личностных защит тре-

* Совместно с нашим соискателем Е.Н.Лапшиной (2006).

** Данные нашего соискателя Е.Н.Лапшиной (2006).

дром слабоумия, течение *органического заболевания головного мозга* носит прогредиентный характер.

У подэкспертных с сосудистым генезом органического психического расстройства изменения психики начинаются, как правило, задолго до юридического периода (чаще за несколько лет до сделки), на фоне прогрессирования артериальной гипертензии, явлений системного атеросклероза и атеросклероза церебральных сосудов, у них отмечаются появление и нарастание церебральных проявлений в виде головных болей, головокружений, периодических нарушений сна, эмоциональной лабильности, раздражительности, вспыльчивости. В дальнейшем, на фоне хронической мозговой недостаточности или на фоне перенесенных транзиторных эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения у данных подэкспертных нарастают явления психоорганического симптомокомплекса (быстрая истощаемость, слабость, грубые нарушения мнестико-интеллектуальных функций с дезориентировкой в окружающем, трудностями осмысления ситуации), нарушения эмоционально-волевых, критических и прогностических функций, а также изменения личности по органическому типу (эмоциональная несдержанность, конфликтность), а в ряде случаев отмечается появление бредовых идей ущерба, отношения, что определяет их неадекватное и нелепое поведение. В связи с этим у них отмечается нарастание социальной беспомощности, снижение или утрата способности обслуживать себя.

Для подэкспертных с органическими психическими расстройствами смешанного генеза характерно воздействие комплекса этиологических факторов — черепно-мозговые травмы, хроническая алкогольная интоксикация, церебросклероз. Динамика органического психического расстройства отличается высокой степенью прогредиентности. Нередко у таких больных имеется коморбидный хронический алкоголизм, у них достаточно быстро формируются патологическое влечение к алкоголю, выраженный абстинентный синдром, запойные состояния с амнезиями периодов алкогольного опьянения, быстро прогрессирует алкогольная деградация личности, сужение круга интересов, эмоциональное огрубение, раздражительность, конфликтность, нередко это сопровождается эпизодическими судорожными пароксизмами. Наряду с этим нарастают выраженные явления психоорганического синдрома (интеллектуально-мнестические нарушения, церебральные проявления, аффективная лабильность), психопатоподобные расстройства, что в сочетании с продолжающейся алкоголизацией приводит к грубым нарушениям критических и прогностических функций и определяет социальную и трудовую дезадаптацию, обуславливает многократные госпитализации таких больных в психиатрические и наркологические больницы. Больные со смешанным генезом органических расстройств чаще состоят на учете у психиатра и нарколога, чем больные с сосудистым поражением головного мозга. Нарастание социальной беспомощности, снижение или утрата способности обслуживать себя вследствие психической несостоятельности также требуют постороннего ухода за такими больными.

механизмы данных лиц также неэффективны и, как правило, исчерпываются уходом в мир фантазий и мечты.

В прогностическом плане сочетание пиков на 6-й, 7-й и 8-й шкалах наиболее неблагоприятно, поскольку создает психологическую основу для особенно глубокого нарушения регуляции ООД в связи с сосуществованием разнонаправленных механизмов в организации процесса постановки и достижения целей. Именно у данных лиц представление о ситуации патологически искажено под влиянием дискордантного сочетания дисгармоничных личностных особенностей. Прежде всего таких, какие порождают навязчивые персеверативные возвраты к анализируемым параметрам без возможности выделения существенного и отсутствия четких критериев оценок ситуации, ее социальных аспектов.

Таким образом, в описанных вариантах дисгармоничной личностной структуры имплицитно содержатся изъяны потенциальной системы произвольной саморегуляции, являющиеся маркерами психологического критерия части 1 ст. 22 УК РФ (юридического иносказания и эквивалента ограниченной вменяемости).

Литература

- Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика много-стороннего исследования личности. М., 1999. — 175 с
- Блейлер Е. Аффективность. Внушаемость. Паранойя. Одесса, 1929.
- Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Изд-во МГУ, 1999. — 495 с.
- Лапшина Е.Н. Особенности саморегуляции лиц, признанных ограниченно вменяемыми: Автореф. дис. ...канд. психол. наук. СПб., 2006. — 26 с.
- Моросанова В.И. Опросник стиль саморегуляции поведения (ССПМ). М., 2004. — 44 с.
- Печерникова Т.П. Судяжно-паранойяльные состояния и их судебно-психиатрическая оценка: Дис. ... докт. мед. наук. М., 1969. — 574 с.
- Печерникова Т.П. К вопросу о патологическом судяжничестве психопатов. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — М., 1963. — Вып.2. — С. 244-251.
- Печерникова Т.П. Катамнестическое изучение психопатов с явлениями судяжного развития. // Проблемы общей и судебной психиатрии. — М., 1963. — № 14. — С. 117-127.
- Печерникова Т.П. Об особенностях эмоциональных нарушений при судяжно- паранойяльных состояниях у психопатов. // XXII научная сессия Харьковского научно- исслед. Ин-та. Неврол. И психиатрии. Тезисы и рефераты докладов. Харьков 1965. — Т.1. — С. 250-252.
- Печерникова Т.П. Показания к прекращению принудительного лечения при судяжно- паранойяльных состояниях у психопатических личностей. // Матер. Научно- практ. конф., посвящ. вопросам проведения принудительного лечения в психиатр. больницах спец. типа. — М., 1967. — С. 150-153.

Печерникова Т.П. Принудительное лечение больных с сутяжно-паранойяльными состояниями. // Матер. научно- практ. конф. по вопросам реадaptации психически больных. — М., 1969. — С. 53-54.

Печерникова Т.П. Паранойяльные состояния в динамике психопатий. // Журнал невропатол. и психиатр. им.С.С.Корсакова. — М., 1979. — № 11. — С. 1579-1582.

Печерникова Т.П., Гульдaн В.В. Актуальные вопросы судебной комплексной психолого- психиатрической экспертизы. // Психологический журнал. -М., 1985. — Т. 6., № 1. -С. 95-104

Печерникова Т.П., Косачев А.Л. Принудительное лечение больных психопатиями и с паранойяльными состояниями. // Принудительное лечение в системе профилактики ООД психически больных. -М., 1987. -С. 74-92.

Печерникова Т.П., Гульдaн В.В., Литвиненко И.В. Судебная комплексная психолого- психиатрическая экспертиза психопатических личностей. // VIII Всесоюзный съезд невропат., психиатр. и наркологов. — М., 1988. Т.3.— С. 362-364.

Печерникова Т.П. Паранойяльные состояния в кризисные периоды развития общества и их судебно- психиатрическое значение. // Психиатрия и общество. 2001.— С. 284-291.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ КРИТЕРИИ НЕСДЕЛКОСПОСОБНОСТИ

Д.А. Малкин

Многочисленные труды Т.П. Печерниковой в последние десятилетия (1985, 1991, 1993, 1998, 2000-2007) были посвящены актуальным проблемам судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Ею и ее учениками (Бутылина Н.В., 1999; Михайловская О.Г., 2006; Комарова Е.В., 2007) изучались различные экспертологические вопросы общей дееспособности и дееспособности при совершении сделок (так наз. сделкоспособности), исследовались больные шизофренией, а также больные, страдающие различными соматическими заболеваниями (онкозаболевания, церебросклероз, сахарный диабет). Данные исследований послужили базисом для современных методологических подходов в оценке сделкоспособности при судебно-психиатрической экспертизе.

Современные подходы подразумевают, что при оценке сделкоспособности весь континуум юридически релевантных изменений психики можно разделить на две категории по степени выраженности (так наз. категории функционального диагноза) — выраженные изменения психики и невыраженные изменения психики. Верификация выявленных расстройств психики как выраженных подразумевает неспособность подэкспертного понимать значение своих действий и руководить ими и, наоборот, верификация выявленных расстройств психики как невыраженных — о сохранности сделкоспособности. В качестве медицинского критерия несделкоспособности могут выступать как хронические, так и временные психические расстройства.

Обследуемые, которые обнаруживают глубокие, стойкие и выраженные изменения психики вследствие психических расстройств различной нозологической принадлежности как в период до оформления сделки, во время юридически значимого периода — сделки, так и после этого периода могут расцениваться как страдающие **хроническим психическим расстройством**.

Под данный медицинский критерий — хроническое психическое расстройство — подпадают больные с органическими психическими расстройствами, шизофренией, умственной отсталостью.

У подэкспертных, обнаруживающих в качестве ведущего синдрома как в юридически значимый период, так и вне юридически значимой ситуации выраженный психоорганический симптомокомплекс или син-

ствуют в ее оформлении пассивно, например, при бредовой мотивации они ведут себя активно и проявляют инициативу.

При обследовании во время СПЭ у таких испытуемых также обнаруживаются характерные для шизофренического процесса нарушения мышления и интеллектуальной деятельности в виде непоследовательности, разорванности, паралогичности, противоречивости суждений, искажения процессов обобщения, бредовые идеи преследования, отношения, воздействия; нарушения эмоционально-волевой сферы в виде неадекватности, выхолощенности, однообразия эмоциональных реакций; нарушения критических и прогностических способностей.

Учитывая динамику, прогрессивность и тяжесть расстройств психики во всех вышеуказанных случаях, выносится экспертное заключение о том, что указанное психическое расстройство возникло задолго до периода времени, относящегося к оформлению сделки, поэтому оно в юридически значимый период лишало способности понимать значение своих действий и руководить ими.

К обследуемым, у которых отмечались негрубые и невыраженные изменения психики различного генеза вне юридической ситуации, но непосредственно в период совершения сделки, у которых определялось ухудшение психического состояния, может быть применен медицинский критерий — **временное психическое расстройство**.

Под данный медицинский критерий подпадают больные с органическими психическими расстройствами, синдромами зависимости от психоактивных веществ, больные с соматической патологией и обнаруживающие соматогенные психозы, больные с циркулярными и психогенными психозами (МДП, шизофрения, реактивные состояния), расстройствами личности в период декомпенсации.

Подэкспертные, отнесенные к этой подгруппе, вне юридической ситуации (в период после совершения сделки или до этого периода) обнаруживают некоторые изменения со стороны психики вследствие *органического поражения головного мозга* сложного генеза (интоксикационного и травматического) или остаточные явления раннего органического поражения головного мозга с некоторыми изменениями со стороны психики. Они проявлялись в виде обстоятельности, конкретности, ригидности мышления, умеренных церебрастенических симптомов (некоторая утомляемость, головные боли, метеочувствительность, плохая переносимость жары и духоты), эмоциональной лабильности, некоторой аффективной неустойчивости, некоторыми психопатоподобными расстройствами (возбудимость, вспыльчивость), но которые не сопровождаются грубыми нарушениями интеллектуально-мнестических, критических и прогностических функций. Течение патологического процесса у данных подэкспертных носит преимущественно регрессирующий характер, но отмечаются и ундулирующие (регрессирующее течение сменялось прогрессивным) типы течения органического поражения головного мозга. Однако применительно к юридически значимой ситуации — периоду заключению сделки у подэкспертных обнаруживаются изменения

Часто в качестве внешнего психологически понятного мотива совершения сделки выступает необходимость таких подэкспертных в постороннем уходе. Но истинный мотив совершения сделки искажен психопатологическими механизмами (например, бредовые идеи отношения к близким родственникам приводили к продаже жилья соседке) либо вообще отсутствует (например, выраженное давление со стороны родственников приводило к невыгодной сделке). Сделки в таких случаях совершаются как с близкими и дальними родственниками, так и с малознакомыми лицами.

Участие в оформлении юридических документов у таких больных носит пассивный характер, они не вникают в суть подписываемых документов, не спрашивают и не уточняют детали сделки, не советуются со специалистами и родственниками по поводу сделки. Это косвенно указывает на недостаточность мотивации в сделке (при наличии давления и заинтересованности в сделке со стороны контрагента), с одной стороны, а с другой — на дефектность внутриличностных механизмов принятия решений, что является отражением выраженных изменений психики и неспособности к самостоятельной автономной целенаправленной деятельности.

При очном обследовании во время проведения СПЭ (т.е. в период после совершения сделки) у таких подэкспертных также выявляются выраженные нарушения памяти на текущие и прошлые события, обстоятельность и непродуктивность мышления, труднодоступность оперирования отвлеченными понятиями, облегченность, примитивность суждений, ухудшение способности к обобщению, огрубленность, неадекватность эмоциональных реакций, снижение уровня интеллекта, черты личностной несостоятельности при отсутствии критики к своему состоянию и сложившейся ситуации.

Психологический анализ материалов гражданского дела и медицинской документации, предоставленной эксперту-психологу, позволяет заключить, что в период, имеющий отношение к оформлению сделки, обнаруживающиеся выраженные интеллектуально-мнестические нарушения с грубым снижением памяти, уровня интеллекта, нелепостью и непоследовательностью суждений, отсутствием критического отношения к своим высказываниям и поступкам, в сочетании с эмоционально-волевыми расстройствами, неспособностью адекватно оценивать собственную личность и поведение, понимать социально-смысловые отношения и самостоятельно решать проблемные ситуации, а также с общей личностной несостоятельностью, повышенной внушаемостью могли оказать существенное влияние на поведение испытуемых при оформлении сделки.

У подэкспертных, обнаруживающих признаки *умственной отсталости* легкой и умеренно выраженной степени, отмечаются отставание в умственном развитии с раннего детского возраста и в последующем — стойкий, достаточно выраженный дефект интеллектуально-познавательных функций. Стержнем клинической картины у всех подэкспертных

выступает недоразвитие познавательной деятельности с конкретностью и инертностью мышления, бедным словарным запасом, ограниченностью круга интересов, малым запасом знаний, низким уровнем обобщений, примитивностью и поверхностностью суждений, пассивностью, явлениями психического инфантилизма, а также наличие неустойчивости и повышенной отвлекаемости внимания, истощаемости психических процессов, аффективной неустойчивости, огрубленности и малодифференцированности эмоциональных реакций, возбудимости, недостаточной способности к пониманию мотивов действий окружающих, доверчивости, ведомости, внушаемости по отношению к субъективно авторитетным лицам, слабости интеллектуального контроля поведения. Интеллектуальный дефект обуславливает трудности усвоения программы массовой школы, а нередко и вспомогательной, невозможность освоения выбранной специальности или профессионального становления, социальную дезадаптацию. Недостаточность жизненного опыта, непонимание социальных взаимоотношений в обществе, резкое изменение микросоциальных связей (начало самостоятельного проживания на полученной жилплощади после окончания школы-интерната или ПТУ), отсутствие достаточного контроля со стороны психиатрической службы делает таких больных социально виктимными в отношении различных мошеннических действий, которые связаны с принадлежащей им жилплощадью.

Таковыми подэкспертными сделки заключаются чаще с малознакомыми лицами, их юридически значимое поведение носит пассивный характер. При внешне целенаправленном и упорядоченном поведении мотивационном стимулом для совершения сделки являются незрелые и инфантильные суждения и фантазии, а иногда преобладает игровая мотивация. Они заключают сделки в ущерб себе, остаются без средств к существованию, без места проживания, а затем не проявляют самостоятельной активности по оспариванию сделки.

При проведении СПЭ у таких испытуемых выявляются низкий интеллектуальный уровень, конкретность мышления, примитивность, поверхностность, несамостоятельность и часто противоречивость суждений, ограниченность круга интересов, повышенная внушаемость, вспыльчивость, раздражительность, огрубленность эмоциональных реакций, выраженная личностная незрелость, тугоподвижность, истощаемость психических процессов, а также неусидчивость, неряшливость, пассивность и недостаточная мотивированность жизненной позиции, ограниченный бытовыми рамками словарный запас и объем необходимых общих знаний, трудности в выработке конструктивных форм поведения в сложных проблемных ситуациях, благодушие, склонность к непосредственным поступкам без достаточного анализа обстоятельств и прогноза последствий своих действий, а также нарушение критических и прогностических функций.

Диагностированная задолго до юридически значимого периода, параноидная *шизофрения* с прогрессивно нарастающим дефектом при

отсутствии ремиссии, экспертных сложностей не составляет, так как у таких больных весь спектр шизофренических расстройств в период сделки искажает все компоненты критерия сделкоспособности. Расстройства мышления, характерные для шизофренического процесса, в виде паралогичности, противоречивости суждений, непоследовательности, разорванности, аморфности мышления, склонности к соскальзываниям и остановке мыслей, актуализации при обобщении латентных, скрытых, формальных признаков объектов, искажения процессов обобщения, субъективизма и своеобразия смысловой сферы; нарушения эмоционально-волевой сферы в виде выхолащивания, уплощенности, стереотипности, монотонности и обедненности эмоциональных реакций, снижения «энергетического потенциала» с отсутствием побуждений и желаний; личностный дефект в виде замкнутости, сензитивности, отгороженности, легкости возникновения реакций растерянности, искаженной ценностно-мотивационной иерархии, пассивности, подчиняемости, безучастности, наряду с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, нарушениями критических и прогностических функций по отношению к своему состоянию и сложившейся ситуации обуславливают дефектность понимания содержательной стороны юридически значимых действий, а в большинстве случаев — и понимание формальной стороны действий, и дефектность волевого компонента критерия сделкоспособности.

Трудности вызывают случаи, когда диагностируют шизофрению после совершения сделки, так как требуется установить время начала болезненного процесса и соотнести его с юридически значимым периодом. Также экспертные трудности составляют случаи малопрогрессирующей шизофрении без грубо выраженного дефекта у больных с относительно хорошей социальной адаптацией.

Экспертный анализ факторов ситуационного социального функционирования, описания свидетелями поведения подэкспертного в период сделки, обусловленного психопатологическими нарушениями, даже при отсутствии в тот период квалифицирующих данное состояние больного сведений психиатра, позволяет установить проявления расстройств психики в гражданском акте.

Сведения о нарастании изменений личности в виде отгороженности, малообщительности, аутичности, усилении социальной дезадаптации, нелепость и неадекватность поведения указывают на прогрессирующую шизофренический процесс в период, предшествующий сделке.

Психопатологически обусловленной мотивацией сделки преимущественно в таких случаях являются бредовые трактовки окружающего — бредовые идеи преследования, отношения, воздействия, сопровождающиеся аффективными нарушениями, страхами, растерянностью. При этом поведение больного внешне не всегда носит очевидно нелепый и неадекватный характер, что может вызвать у окружающих иллюзию адекватности и психологической понятности совершаемой сделки. Такие больные часто заключают сделки с незнакомыми лицами, не всегда уча-

ционной сфер, что проявляется пассивностью, заторможенностью, отгороженностью от окружающего, недостаточной мотивированностью действий; а также общей дезорганизованностью психической деятельности подразумевают дефектность понимания и формальной, и содержательной стороны событий (в том числе гражданского акта) и дефектность волевого компонента сделкоспособности. В отношении таких больных выносится заключение об их неспособности понимать значение своих действий и руководить ими в период оформления сделки.

У больных, страдающих онкологическими заболеваниями, на органически измененной почве (в силу интоксикационного поражения ЦНС онкологическим процессом) нередко возникают депрессивные расстройства. Они могут нарастать постепенно или развиваться достаточно быстро. Провоцирующим фактором служит психотравмирующее известие о наличии неизлечимого (терминальная стадия) заболевания (в этом случае депрессивные расстройства чаще развиваются быстро) или мысль о неизбежности смерти. Сопутствующие депрессии мысли о неизбежной скорой смерти, сопровождающиеся тревогой, страхом, растерянностью, заставляют включаться компенсаторные психологические механизмы. Больные начинают искать виновных в своем заболевании, пробовать новые способы лечения, когда радикальные методы уже не показаны, строить планы на будущее, убеждать других, что болезнь излечима. Данные идеи достигают уровня сверхценности и даже бредового уровня. Преобладают параноидные идеи отношения, которые нередко касаются близких родственников и которых больные упрекают в своей болезни.

Аффективные колебания, сверхценные или бредовые идеи отношения, нарастающие по мере прогрессирования онкологического заболевания когнитивные, интеллектуально-мнестические, эмоционально-волевые нарушения в виде колебания уровня внимания, продуктивности мышления, нарастания астении, общей слабости, эмоциональной неустойчивости; изменение ценностно-мотивационной иерархии, индивидуально-психологических, характерологических и поведенческих особенностей обуславливают искаженное восприятие юридически значимой действительности и неспособность таких больных к содержательной оценке юридически значимого события, адекватному прогнозированию последствий совершаемого действия.

В случае определения в период оформления оспариваемой сделки у подэкспертного какого-либо психотического состояния различной синдромальной структуры (обострение циркулярного эндогенного психоза, развитие реактивного психогенного психоза) в отношении такого больного выносится заключение о его неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

Нерезко выраженные и неглубокие изменения психики при сохранности в юридически значимый период основных психических функций, регулирующих поведение и позволяющих осознанно осуществлять деятельность в окружающем мире, подразумевают интактность способности понимать значение своих действий и руководить ими.

психики, которые можно было трактовать как выраженные. В одних случаях, на фоне влияния психотравмирующих факторов у подэкспертных возникает состояние запоя с импульсивным характером влечения к алкоголю, что сопровождается углублением интеллектуально-мнестических расстройств, аффективными нарушениями (тревога, страх), выраженным снижением интеллектуального контроля поведения, повышенной внушаемостью и подчиняемостью, снижением критических и прогностических функций. В других случаях на фоне психотравмирующей ситуации у подэкспертных возникает состояние декомпенсации, проявляющееся наряду с аффективными колебаниями депрессивного уровня, нарастанием когнитивных нарушений, психопатоподобных расстройств, появлением отрывочных транзиторных обманов восприятия, нарушением критических и прогностических функций по отношению к своему состоянию и окружающим событиям, что обуславливает трудности социальной адаптации. В ряде случаев действие биологических факторов имеет немаловажное значение: происходит углубление симптоматики органического поражения головного мозга с усилением и заострением личностных особенностей в период пубертата, с последующей редукцией данной симптоматики после завершения пубертатного периода, что можно расценивать как патологически протекавший пубертатный период.

Данные подэкспертные чаще заключают сделки с малознакомыми лицами, в ущерб себе, пассивно ведут себя при оформлении сделки. Совокупность нарушений психики, приводящих к неспособности подэкспертных в юридически значимый период оценивать всю содержательную полноту значения и последствий гражданского акта, дает основания для экспертного заключения о том, что в силу дефектности интеллектуального (в частности, неспособности понимать содержательную сторону сделки) и волевого критерия такие подэкспертные не способны понимать значение своих действий и руководить ими в период совершения сделки.

Отдельное рассмотрение в экспертном анализе подэкспертных с *синдромом зависимости от алкоголя* является в некотором смысле условным, так как юридически значимое ухудшение психического состояния у лиц, страдающих алкоголизмом, до уровня временного психического расстройства, которое могло лишить их способности понимать значение своих действий и руководить ими в период оформления сделки, подразумевает присоединение к психопатологии алкоголизма симптоматики органического поражения головного мозга. В качестве соответствующих медицинскому критерию временного психического расстройства у этих подэкспертных выступают периоды длительного запоя, сопровождающиеся в абстинентном состоянии психотическими расстройствами, отрывочными делириозными переживаниями, аффективными нарушениями, возникновение которых, безусловно, свидетельствует, помимо этиологического влияния алкоголя, об органической дисфункции мозговых структур интоксикационного генеза. Злоупотребление алкоголем и возникающие вследствие этого изменения психики создают предпосыл-

ки для социальной виктимности, увеличения риска совершения в отношении таких больных мошеннических действий, связанных с их собственностью, в силу поражения у них преимущественно эмоционально-волевой сферы.

Феноменология алкоголизма подразумевает на первых двух стадиях цикличность проявления психических нарушений, что обусловлено периодичностью возникновения состояний запоев. Вне периода запоя у таких подэкспертных отмечаются негрубые изменения психики в виде некоторых когнитивных расстройств (неустойчивость внимания, конкретность, вязкость мышления, истощаемость психических процессов), эмоциональной и вегетативной лабильности, церебрастенических проявлений, при отсутствии каких-либо грубых изменений со стороны интеллектуально-мнестической сферы и отсутствии нарушений критических и прогностических функций, что в целом позволяет субъекту гражданского акта понимать и формальную, и содержательную его сторону и руководить своими действиями. Состояние запоя характеризуется нарушениями эмоционально-волевых функций в виде компульсивного влечения к алкоголю, утратой количественного и качественного контроля над употреблением алкоголя, углублением когнитивных нарушений и аффективной неустойчивости, соматическими расстройствами, снижением критических и прогностических способностей, т.е. в данном состоянии, являющемся фазой протекания заболевания, а priori отмечается дефект эмоционально-волевой сферы. Экспертный анализ состояний запоя является крайне сложным, так как требуется установить степень сохранности регулирующих поведенческие реакции психических функций, а в ряде случаев и степень сохранности способности к пониманию формы и сути событий.

Состояние длительного запоя, характерное для второй и третьей стадии алкоголизма, сочетающее периоды выраженного алкогольного опьянения и абстинентных расстройств, сопровождающееся нарушением ориентации в окружающем, грубыми психопатоподобными, когнитивными, эмоционально-волевыми, аффективными нарушениями, отрывочными преходящими психотическими расстройствами, делириозными переживаниями, наряду с выраженными нарушениями социальной адаптации в период сделки, асоциальным поведением приводит к дефекту кратковременного и долгосрочного прогнозирования событий, недоучету ситуации, психопатологически обусловленной мотивации и позволяет заключить о нарушении понимания содержательной стороны правового действия подэкспертным.

Такие больные часто заключают сделки с малознакомыми и незнакомыми лицами, которые нередко пользуются их болезненным состоянием. Больные продают свое жилье с целью получить какую-либо сумму денег для продолжения алкоголизации. У них в период запоя отмечается импульсивное влечение к алкоголю, критические и прогностические способности грубо нарушаются. Наряду с этим наблюдается заострение и углубление таких личностных особенностей, характерных для

больных, страдающих алкоголизмом, как повышенная внушаемость, подчиняемость, которые вместе с эмоционально-волевыми расстройствами образуют дефект волевого критерия сделкоспособности.

Экспертная оценка сделкоспособности лиц, обнаруживающих соматогенные психические расстройства в юридически значимый период, требует дифференцированного подхода.

По данным Т.П. Печерниковой, Н.В. Бутылиной (1998, 1999, 2000), у онкологических больных в юридически значимый период могут возникать различные по уровню поражения психических структур расстройства психики. Отмечаются неглубокие невыраженные изменения психики в виде невротических и астенических расстройств, а также психотический уровень нарушений, который проявлялся в виде депрессивно-параноидных расстройств и транзиторных нарушений сознания. Депрессивные расстройства и различные идеи сверхценного и бредового уровня у таких больных возникают в ответ на психотравмирующий фактор, которым служило известие о неизлечимости онкозаболевания и неотвратимости собственной кончины, а также нарастающее интоксикационное влияние на центральную нервную систему.

Ундулирующие нарушения сознания от уровня обнубиляции, оглушенности до сопора и неглубокой комы, обусловленные действием интоксикационного фактора на ЦНС при терминальных стадиях онкологического заболевания, а также депрессивно-параноидные расстройства у онкологических больных на различных стадиях, имеют большую вариабельность в своем течении.

Возникающие нарушения сознания пациентов, как правило, находящихся ко времени развития таких осложнений на стационарном лечении, были различны как по глубине, так и по длительности. Эти расстройства свидетельствуют о нарастании прогрессивности резорбтивного действия интоксикации и о скором летальном исходе, поэтому родственники, осуществляющие уход за больными, ускоряют процесс оформления различных завещательных документов. Однако таким состоянием больного пользуются не только родственники, но и малознакомые лица, которые вызываются ухаживать за больным в корыстных целях. В период оформления сделки (преимущественно это завещания) больные, в силу тяжести своего состояния (и соматического, и психического), не могут самостоятельно распорядиться в юридическом документе, поэтому нередко с согласия нотариуса за больного расписывается посторонний человек (рукоприкладчик). Непосредственно в период подписания у таких больных уровень нарушения сознания может быть неглубокий (обнубиляция, оглушение), однако в предшествующий сделке период часто отмечается более глубокий уровень нарушения (что, собственно, и заставляет ускорять процесс оформления сделки). Возникающие при нарушениях сознания когнитивные и перцептивные расстройства в виде нарушения процессов восприятия окружающих событий, недостаточного их осмысления, обобщения, абстрагирования, мнестических расстройств (амнестический синдром); нарушения эмоционально-волевой, мотива-

ются тем ярче, чем меньше угнетение сознания. Следует учитывать, что первые 2 недели после ЧМТ нередко наблюдаются волнообразность угнетения в пределах оглушения с эпизодами спутанности и психомоторного возбуждения. При повреждении левой лобной доли возможны сумеречные состояния, психомоторные припадки, абсансы с амнезией на них. При повреждении правой лобной доли основное место занимают конфабуляции или конфабуляторная спутанность. Височная доля (ВД) — наиболее уязвимое анатомическое образование мозга при ЧМТ и травмируется в 35—45% всех случаев. В ней обычно располагаются контузионные очаги с размождением мозга, внутримозговые гематомы, чаще, чем в других зонах, здесь формируются эпидуральные гематомы; нередки и субдуральные гематомы. Среди локальных признаков повреждения ВД доминируют явления сенсорной афазии — от затруднения понимания сложных оборотов обращенной к пациенту речи до полной утраты анализа как слышимой, так и собственной речи, что образно называется «словесной окрошкой». В промежуточных степенях сенсорной афазии наблюдаются литеральные и вербальные парафазии. При поражении угловой извилины, находящейся на стыке с теменной и затылочной долями, т.е. зоны, интегрирующей слуховую, зрительную и сенсорную афферентацию, развиваются явления алексии, аграфии, акалькулии. Описанные симптомы наблюдаются при повреждении ВД доминантного, как правило, левого, полушария. Повреждение аналогичных зон субдоминантного (чаще правого) полушария обуславливает нарушение узнавания и воспроизведения «первосигнальных» звуков — бытовых, уличных, приборных шумов, а также знакомых мелодий, интонационного и эмоционального строя речи, что можно проверить непосредственно после получения травмы, если позволяет общее состояние пострадавшего. Повреждение задней трети нижней височной извилины служит причиной развития амнестической афазии, хотя этот симптом после ЧМТ может выступать и как общемозговой, особенно у лиц пожилого возраста. Поражение медиального отдела ВД обуславливает сбой в регуляции висцеральных и вегетативных функций, что реализуется как субъективными (ощущение тяжести, дискомфорта, слабость, замирание сердца, жара), так и объективными (нарушение сердечного ритма, ангинозные приступы, метеоризм, гиперемия или бледность кожных покровов). Меняется психическое состояние пациента — преобладают отрицательные эмоции, чаще по типу «скованной депрессии». Наряду с этим могут отмечаться пароксизмы страха, тревоги, тоски, дурных предчувствий. Наиболее заметны для пациента нарушения вкуса и обоняния. Поражения затылочных долей обычно приводят к разнообразной зрительной патологии в виде нарушений полей зрения, в том числе гемианопсии, зрительной агнозии («корковая слепота») и зрительным галлюцинациям. Последние могут носить характер простых фотом или более сложных зрительных образов (чаще при раздражении латеральных отделов коры затылочной доли), могут наблюдаться изолированно или в форме ауры эпилептического припадка. Поражение латеральных (конвекситальных)

Литература

Печерникова Т.П., Бутылина Н.В. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе. Пособие для врачей. — М., 2000. — 32 с.

Печерникова Т.П., Михайловская О.Г. Психические нарушения при сахарном диабете и их судебно — психиатрическая оценка при посмертных экспертизах в гражданском процессе // Рос. психиатр. журн. — М., 2005. — № 2. -С. 14-18.

Печерникова Т.П., Комарова Е.В. Психические расстройства цереброваскулярного генеза и их посмертная судебно-психиатрическая оценка в гражданском процессе // Рос. психиатр. журн. -М., 2007. — № 1. — С. 23-27.

Харитоновна Н.К., Сафуанов Ф.С., Малкин Д.А. Экспертная оценка делкоспособности по гражданским делам в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Пособие для врачей. — М., 2000.— 32 с.

К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ С УЧАСТИЕМ ВРАЧЕЙ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ РОЛИ НЕВРОЛОГА)

И.П. Мамонова, Н.В. Лазько

Научное наследие Т.П. Печерниковой многогранно. К числу основных направлений её творческой деятельности относятся проблемы развития и становления всех видов судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ): амбулаторных и стационарных, очных, заочных и посмертных, в уголовном процессе и в гражданском. В последние десятилетия особое внимание ей уделялось комплексным СПЭ. В частности, немалое число работ Т.П. Печерниковой и её сотрудников посвящены разработке методологии установления судебно-психиатрического диагноза, и, соответственно, вынесения экспертного решения при сочетанной патологии. По мнению Т.П. Печерниковой и соавт. (1993г.), широкое применение комплексных экспертиз с привлечением психологов, наркологов, врачей иных медицинских специальностей (терапевтов, невропатологов, онкологов, эндокринологов, токсикологов) способствует более точной оценке динамики того или иного заболевания, стадии развития болезни, влияния соматоневрологических заболеваний на психические функции и особенности поведения лиц и вынесению дифференцированного экспертного заключения.

В настоящей работе предлагается рассмотреть наиболее актуальные случаи СПЭ, когда для решения экспертных вопросов наряду с судебно-психиатрическим необходимо и неврологическое обследование подэкспертного. Прежде всего следует остановиться на «исторически одной из наиболее крупных проблем психиатрии» (Белов В.П., 1988) — травматическом поражении головного мозга. По существу, травма головы — это проявление органического поражения головного мозга в виде этиологически и феноменологически полиморфной совокупности нервно-психических расстройств, объединенных такими облигатными условиями, как перенесенная органическая вредность, наличие патоморфологического субстрата в центральной нервной системе и стержневых (психоорганических) расстройств в клинической картине (Вандыш-Бубко В.В., 1995) Как правило, и в уголовном, и в гражданском процессе судебно-психиатрическое освидетельствование подэкспертных, получив-

ших черепно-мозговую травму (ЧМТ), проводится в периоды реконвалесценции (подостром или отдаленных последствий). При этом в задачу судебного психиатра входят не только оценка психического состояния лица на момент проведения экспертизы, но и ретроспективное исследование психических функций в интересующий суд или следствие период, особенно если ЧМТ была получена подэкспертным в момент, до или вскоре после криминальной ситуации либо в близкий по времени период заключения той или сделки. В таких случаях выявленные посттравматические психические нарушения сопоставляются с представленной медицинской документацией, материалами уголовных или гражданских дел с целью квалифицированной оценки острейшего и острого периода ЧМТ для решения вопросов о возможности подэкспертного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (при процессуальном статусе обвиняемого); правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания (при процессуальном статусе потерпевшего и свидетеля); понимать значение своих действий и руководить ими (в гражданском судопроизводстве). В данных ситуациях, учитывая сложность ретроспективного анализа, нередко недостаточную информативность представленной на СПЭ медицинской документации и материалов дел, крайне важно квалифицированное неврологическое обследование, позволяющее уточнить уровень травматического поражения головного мозга и проследить посттравматические нарушения в динамике. У подэкспертных при судебно-психиатрическом обследовании в периоды подострый и реконвалесценции, как правило, выявляются различной степени выраженности церебральная симптоматика, снижение либо нарушение когнитивных функций, мнестические расстройства (снижение уровня запоминания; ретро-, антеро- или ретроантероградная, фиксационная амнезия), реактивные психогенные расстройства вследствие воздействия психотравмирующей ситуации в связи с получением ЧМТ в виде астенодепрессивных, истероипохондрических и депрессивно-параноидных расстройств. Комплексный анализ психического и неврологического состояния подэкспертных, получивших ЧМТ, в сопоставлении с представленной на СПЭ медицинской документацией и материалами дел позволяет наиболее достоверно оценить клинические проявления острейшего и острого периодов травмы головы, что во многом зависит от локализации и степени повреждения головного мозга. Так, при повреждении лобной доли общемозговая симптоматика представлена угнетением сознания в пределах оглушения, сопора или комы (в зависимости от тяжести повреждения), в большинстве наблюдений встречаются нарушения сознания по типу дезинтеграции. Характерны развитие внутричерепной гипертензии с интенсивной головной болью, многократной рвотой, преходящим психомоторным возбуждением, брадикардией, появлением застойных сосочков зрительных нервов, нарушением сна и бодрствования, а также среднемозговые симптомы. Среди очаговых признаков доминируют характерные нарушения психики, которые проявля-

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОТЕРПЕВШИХ: ПОИСКИ ПУТЕЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Н.Б. Морозова, Т.А. Смирнова, В.Д. Бадмаева, И.В. Цыро

Значимость вклада ученого характеризуют в первую очередь не число опубликованных работ, а глубина и актуальность проводимых научных исследований. Психиатрия, являя собой раздел медицины, связанный с изучением психики человека, предъявляет особые требования к врачам, исследователям, ученому, посвятившему себя данной науке. Как важно здесь, помимо профессионального подхода, внимательное, сочувственное отношение к больному. Профессор Т.П. Печерникова являла образец такого отношения к столь сложному контингенту, каковым являются подэкспертные в судебно-психиатрической практике. Неравнодушное отношение к исследуемым, желание понять их душевные переживания, мотивацию поведения характеризуют всю ее многолетнюю деятельность. Незаурядные личностные качества, огромный опыт, широкий круг интересов и глубокие знания позволяли Тамаре Павловне решать самые трудные случаи. Нас, ее сотрудников поражал живой интерес Т.П. Печерниковой ко многим теоретическим и практическим вопросам судебной психиатрии, умение разрешать сложные проблемы, целеустремленность и творческая активность. Совместная работа с ней всегда была и плодотворной, и интересной, а ее вниманием и помощью в решении научных задач не обделен ни один из ее учеников. Следует отметить также умение Т.П. Печерниковой создавать и поддерживать спокойную, рабочую и в то же время добрую атмосферу в коллективе.

Плодом огромной практической деятельности ученого явились многосторонние научные исследования. Диапазон проблем, изучаемых профессором Т.П. Печерниковой, весьма широк: это различные патологические расстройства личности (в первую очередь паранойальные), временные психические расстройства и исключительные состояния, вопросы принудительного лечения, организации судебно-психиатрической экспертизы и методологии подходов к экспертному решению, отдельные вопросы психических расстройств при соматических заболеваниях (сахарный диабет, онкологические заболевания, в том числе и при посмертных судебно-психиатрических экспертизах) и многие другие.

Планомерное изучение в судебной психиатрии феномена агрессии и противоправного поведения способствовало формированию концепции о единстве и подвижности «криминальной системы», где действуют пре-

отделов затылочной доли нередко сопровождается изменением оптико-нетического нистагма и ухудшением следящих движений глаз. Обширные повреждения затылочной коры с частичным вовлечением теменной доли могут приводить к особым формам метаморфопсии, включая полинопию (персеверация зрительного образа), аллистегию (фальшивая ориентация объекта в пространстве), монокулярную диплопию или триплопию и даже полиопию (один объект воспринимается как два или более).

Наряду с судебно-психиатрической оценкой проявлений ЧМТ не менее сложной и актуальной для экспертного решения является проблема диагностического подтверждения судорожных и бессудорожных пароксизмов. Т.П. Печерникова (2002) отмечала особую значимость данных неврологического обследования в сочетании с результатами электроэнцефалограммы, что позволяет, при наличии жалоб на пароксизмальные состояния, оценить психическое состояние подэкспертных в интересующий следствие (суд) период. Как правило, при судебно-психиатрическом освидетельствовании такие лица сообщают о перенесенных ими больших судорожных приступах с потерей сознания, бессудорожных кратковременных «отключениях» (по типу абсансов), о склонности к внезапному, без видимых причин, изменению настроения, как правило, в сторону пониженного, с выраженной раздражительностью и злобой в сочетании с тоской, режой — с тревогой (дисфорией). При этом собственно психиатрическое обследование в большинстве случаев выявляет у подэкспертных изменения психики в рамках расстройства личности органической этиологии (не достигающего тяжелой степени), органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства, легкого когнитивного расстройства, что само по себе не является причиной для экскульпации подэкспертного, ограничения его процессуальной дееспособности или сделкоспособности. В таких случаях для решения экспертных вопросов крайне важны результаты неврологического и электроэнцефалографического обследования. Так, довольно часто встречающиеся медиально-височные повреждения при ЧМТ нередко являются анатомическим субстратом для эпилептических припадков или их эквивалентов. В качестве последних могут выступать обонятельные и вкусовые галлюцинации, сенсорно-висцеральные пароксизмы, вестибулярные атаки, состояния «ранее виденного»; классические «потoki воспоминаний» при височной эпилепсии относительно редки. Эпилептические разряды возможны и при повреждении конвекситальных отделов ВД; здесь в качестве эквивалентов или ауры выступают простые либо сложные (с развернутой речью) слуховые галлюцинации. На электроэнцефалограмме у подэкспертных с пароксизмальными расстройствами, как правило, определяются острые высокоамплитудные волны, пики; комплексы пик-волна, острая волна — медленная волна. Условно эпилептиформными феноменами, расцениваемыми обычно как признаки снижения порога судорожной готовности, являются: гиперсинхронный заостренный по форме альфа-ритм, имеющий амплитуду 100-110 мкВ; гипер-

синхронный бета-ритм, амплитуда которого составляет 15-20 мкВ, и некоторые другие признаки. Анализ клинических проявлений пароксизмальных состояний в сопоставлении с данными неврологического обследования и ЭЭГ, с учётом сведений по материалам дел нередко позволяет подтвердить либо опровергнуть наличие пароксизмального расстройства у подэкспертного в интересующий суд (следствие) период.

В последние годы Т.П. Печерниковой и ее учениками особое внимание уделялось разработке критериев судебно-психиатрической оценки психического состояния лиц с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Данная патология проявляется в основном церебральным атеросклерозом в сочетании с артериальной гипертензией. При решении проблем диагностики и экспертного решения в отношении лиц с цереброваскулярной патологией в гражданском процессе авторами (Печерникова Т.П., Комарова Е.В., 2007) указывалось на важность оценки наряду с психическим соматического состояния непосредственно на момент сделки. При этом особое внимание уделяется оценке неврологических очаговых нарушений и, в первую очередь, афатических расстройств, причинами которых, как правило, являются перенесённые нарушения мозгового кровообращения (НМК), острые и динамические. По мнению Т.П. Печерниковой и соавт. (2007), чрезвычайно важна оценка соотношения временного периода перенесённых НМК с юридически значимой ситуацией. Для констатации сосудистой мозговой недостаточности необходимы: а) клинический осмотр и анамнестические сведения о наличии очаговых неврологических симптомов, связанных с инсультом; б) данные о перенесённых инсультах, в том числе о выраженных изменениях белого вещества вследствие хронической ишемии мозга, полученные с помощью нейровизуализации. При СПЭ у лиц с сосудистой патологией чаще всего выявляются различной степени выраженности сосудистые когнитивные расстройства (СКР), основными вариантами которых являются: а) когнитивные расстройства в результате единичного инфаркта мозга; б) многоинфарктные состояния в результате повторных крупноочаговых инфарктов мозга, чаще всего тромботической или тромбоэмболической природы; в) субкортикальные СКР вследствие хронической неконтролируемой артериальной гипертензии; д) когнитивные нарушения после геморрагических инсультов, субарахноидального или паренхиматозного кровоизлияния. Клиническая картина СКР

разнообразна и зависит от патогенетического варианта и локализации поражения мозга. В подавляющем большинстве случаев при сочетании СКР с очаговой неврологической симптоматикой наблюдается дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ I-II-III ст.) — клинический синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга вследствие повторных острых НМК и/или хронической недостаточности кровоснабжения мозга. Констатация синдрома ДЭ и определение его стадии (когнитивные нарушения при ДЭ III ст., как правило, соответствуют деменции) весьма значимы для принятия экспертного решения.

В целом, говоря о некоторых актуальных проблемах СПЭ, основы решения которых заложены в трудах Т.П. Печерниковой, хотелось бы ещё раз подчеркнуть фундаментальность её научной деятельности. Разработанные Т.П. Печерниковой алгоритмы экспертных решений в отношении лиц с различной психической патологией дают возможность продолжать перспективные научные и практические исследования в области СПЭ на основе комплексного мультидисциплинарного подхода. Работами последних лет подтверждается мнение Т.П. Печерниковой (2002) о том, что «углублённое исследование детерминации биологических и социальных, внешних и внутренних, эндогенных и приобретённых факторов в состоянии психического здоровья и патологии особенно актуально в настоящее время и сопряжено с новыми научными и теоретическими проблемами судебной и общей психиатрии и биологическими науками в целом».

Литература

- Белов В.П. Травмы головного мозга // Судебная психиатрия — М. Медицина, 1988. — С. 146-166.
- Болезни нервной системы. Руководство для врачей. / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана, М.: Медицина, 2001. Т. 1, 2. — С. 831, с. 520.
- Вандыш-Бубко В.В. Судебно-психиатрическая оценка органических поражений головного мозга // Архив психиатрии. Раздел: социальная и судебная психиатрия — Киев, 1995. — Вып. 9. — С. 53-54.
- Неврологические синдромы. Руководство для врачей /Под ред. В.Я. Голубева; А.М. Вейна.— М.: Эйдос Медиа, 2002. — С. 518.
- Нейротравматология. Справочник / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Платонова. — М.: «Badar-ferro», 1994. — С. 415.
- Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Васюков С.А. Психические нарушения при сахарном диабете и их судебно-психиатрическое значение // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики — М., 1990 — С. 197-199.
- Печерникова Т.П., Кадина Т.И., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А. Актуальные теоретические и организационные проблемы амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы и перспективы её развития // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии — М., 1993 — С. 130-142.
- Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б., Завидовская Г.И., Кадина Т.И., Сулимовская Е.И. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза: Пособие для врачей — М., 1998. — С. 68.
- Печерникова Т.П. Вопросы диагностики в практической деятельности амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз // Очерки современной психиатрии. — Кишинёв, 2002. — С. 72-79.
- Печерникова Т.М., Комарова Е.В. Психические расстройства цереброваскулярного генеза и их посмертная судебно-психиатрическая оценка в гражданском процессе // Рос. психиатр. журн. — 2007.— № 1. — С. 23-27.

очерченные психогенные расстройства, особенно выраженные при инцесте. В ситуации «конфликтно-стрессового» взаимодействия, при грубом и агрессивном поведении посягателя с последующим изнасилованием у малолетних детей развиваются острые аффективные реакции по типу шоковых или субшоковых, в некоторых случаях с помрачением сознания, дезориентировкой в окружающем, психомоторной заторможенностью, отсутствием речевого контакта и последующей амнезией криминального периода. В дальнейшем у них появляются невротические расстройства (энурез, логоневроз, страхи), атипичные депрессии, внешне проявляющиеся в нарушениях поведения, капризности, плаксивости, утрате игровых интересов, а также психосоматические и тревожно-фобические нарушения.

Сложность и своеобразие психогенных расстройств при длительном внутрисемейном сексуальном насилии -инцесте заключаются в том, что они развиваются не после однократных массивных психических травм, а в результате пролонгированного действия сексуальной травмы, нередко сочетающейся с другими формами жестокого и небрежного отношения со стороны кровных или некровных родственников. Механизмы действия сексуальной травмы в этих случаях зависят от ее особенностей — массивности (частота и тяжесть сексуальных действий), преобладания острого, неспецифического, шокового или хронического, неагрессивного травмирования, которое приобретает характер «жизненной ситуации» и сочетается с имитацией ребенком поведения посягателя. Кроме того, неоднозначность сексуальных эксцессов определяется возрастом детей, с которого они начинают подвергаться насилию, этапом психосексуального и уровнем психического развития, а также их биологическими и индивидуально-психологическими особенностями. Несмотря на существование многих клинически неразвернутых форм, при длительном инцесте, начавшемся в раннем возрасте, у потерпевших возникают характерные психические расстройства с определенной динамикой, которые укладываются в рамки нарушений психологического и полового развития, поведенческих и эмоциональных расстройств (своеобразные психогенные и патохарактерологические развития личности). В основе психогенных развитий лежит дистресс, перерастающий в депрессию с аффективным источником, которая сопровождается формированием личностных и психосексуальных расстройств. При патохарактерологическом варианте наблюдается сочетание повседневного травмирования с прямым культивированием социально неприемлемых форм проявления сексуальной активности и имитацией ребенком существующих отношений. Для него типично наличие выраженных психопатоподобных расстройств, которые сопровождаются психосексуальным дизонтогенезом в виде опережения и извращения становления сексуальности, вплоть до формирования садо-мазохистских тенденций с гомосексуальной ориентацией у мальчиков. Для таких детей характерны сексуализированное поведение и игры, в которые они вовлекают других малолетних. Подобное поведение является примером вторичной виктимизации и способ-

ступник, его жертва и ситуация, от которой зависит возможность реализации противоправных действий. Убедительно доказано, что роль потерпевших и их поведение во время взаимодействия с обвиняемыми, а также в ходе судебного-следственного процесса чрезвычайно велики. Именно поэтому проблема виктимологии и различные аспекты экспертизы потерпевших и защиты их прав в последние десятилетия приобрели особую актуальность, что и нашло свое достойное отражение в работах Т.П. Печерниковой и ее учеников. Сегодня мы хотим остановиться на основных положениях, разработанных коллективом под непосредственным руководством Т.П. Печерниковой в области виктимологии на клиническом материале амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних потерпевших по половым преступлениям.

Особый интерес представляют результаты изучения феноменологии сексуального насилия, закономерностей формирования комплекса виктимности и виктимного поведения потерпевших, механизмов виктимизации. Установлено, что психические расстройства и возрастные особенности детей обуславливают их виктимность — повышенный риск при определенных условиях становиться жертвами преступлений, насилия и жестокости. Виктимность несовершеннолетних — жертв сексуального насилия проявляется в неспособности своевременно и правильно оценить предкриминальную ситуацию, прогнозировать ее развитие или выработать и реализовывать эффективные стратегии поведения в ходе взаимодействия с преступником и определяется взаимосвязью возрастного, личностного, дизонтогенетического и психопатологического факторов. «Комплекс виктимности» психически здоровых малолетних заключается в сочетании неспособности понимать характер и (или) значение сексуальных действий (в результате несформированности у них базовых психологических структур этапа психосексуальных ориентаций) с возрастными психологическими особенностями (внушаемость, подчиняемость, доверчивость, некритичность и т.д.). В подростковом возрасте виктимность обусловлена пубертатными психологическими образованиями (реакции эмансипации, группирования со сверстниками, имитации, подверженность индуцированию со стороны лидеров референтных групп и т.д.) на фоне становления либидо при недостаточном понимании значения сексуальных действий. «Патопсихологический симптомкомплекс виктимности» у малолетних и несовершеннолетних с психическими расстройствами независимо от нозологической формы определяется психопатологическими структурами, среди которых самостоятельное значение имеют глубокие интеллектуальные и эмоционально-волевые нарушения со снижением или повышением двигательной активности при психопатоподобном синдроме с расстройством сексуального влечения. При отсутствии выраженных психических расстройств особую роль приобретает дизонтогенетический фактор, вызывающий ретардацию психического развития, формирования базовых психологических структур полоролевой идентичности, психический инфантилизм, эмоционально-волевою неустойчивость, недостаточность критических

и прогностических функций, неразвитость морального сознания. Возрастной фактор привносит неспецифическую возрастную кризовую симптоматику, которая участвует в формировании виктимности и даже определяет ее при патологическом пубертатном кризе. Виктимность при определенных условиях в криминальной ситуации проявляется в поведении, которое способствует превращению жертвы из потенциальной в реальную. Тип виктимного поведения (пассивно-подчиняемый, псевдопровоцирующий и неустойчивый) зависит от характеристики ситуации («конфликтно-стрессовая», «бесконфликтная» или «смешанная»), личностных и возрастных особенностей (способность понимать характер и значение сексуальных действий), а также психических расстройств. Знание всех этих виктимологических аспектов имеет не только важное теоретическое, но и большое практическое значение при проведении КСППЭ несовершеннолетних потерпевших для решения широкого круга юридически значимых вопросов.

Другим направлением в работах, выполненных под руководством Т.П. Печерниковой, стало изучение вариантов негативного влияния сексуального насилия на психическое здоровье жертвы. Согласно результатам исследований, даже однократное посягательство может стать для потерпевших специфической психической травмой. Феномен такого превращения и структурно-динамические особенности развивающихся у несовершеннолетних психогенных расстройств (от легких кратковременных до глубоких пролонгированных) зависят от «предикторов персональной уязвимости» (индивидуально-психологические и возрастные особенности, наличие патологической почвы), типологии криминальных ситуаций, а также дополнительных психогений. Описана модель психогенного реагирования потерпевших при внесемейном типе насилия. Первый этап (аффектогенный) характеризуется развитием острых аффективных реакций с нарастанием эмоционального напряжения, страха, тревоги, растерянности, аффективного сужения сознания с концентрацией внимания на узком круге психотравмирующих переживаний, психомоторной заторможенностью по типу «мнимой смерти» или двигательным возбуждением («моторная буря»). На втором этапе (адаптационный, эмоционально-когнитивный) происходила внутренняя переработка психотравмирующего события с осмыслением случившегося, переживанием негативных эмоций (тревога, страх, стыд, злость, желание наказать обидчика), что сопровождается психогенным фантазированием, фиксацией на отрицательных переживаниях, занимающих доминирующее положение. Психотравмирующий эффект особенно выражен на этапе психосексуальных ориентаций у потерпевших с высоким уровнем интеллектуального развития, неустойчивой самооценкой, склонных глубоко переживать неудачи вследствие понимания ими сущности сексуального насилия на личностно-социальном уровне. Возрастная личностная незрелость и недостаточность механизмов психологической защиты могут способствовать срыву «адаптационного барьера» (Александровский Ю.А., 1976) и возникновению кризисных состояний с искажением

когнитивных процессов, формированием пессимистической концепции будущего, разрушением идеализированных представлений о жизни, утратой веры в людей, появлением идей самообвинения, ощущений униженности, оскорбленности, безысходности и суицидальных мыслей. Третий этап (невротический) по времени совпадает с судебно-следственными действиями, которые привносят дополнительные психотравмирующие факторы. При этом у одних несовершеннолетних развиваются депрессивные состояния различной глубины и продолжительности; у других происходит декомпенсация психического состояния или имевшейся ранее психической патологии с заострением характерологических особенностей и появлением невротоподобных расстройств. Затяжные депрессивные состояния продолжительностью от 2 до 5 месяцев, как правило, наблюдаются в подростково-юношеском возрасте при наличии у потерпевших патологической почвы (явления минимальной мозговой дисфункции, личностные расстройства тормозимого и истероидного круга), а также у гармоничных личностей с чертами возрастной личностной незрелости, идеализированными представлениями о жизни и высокоморальными нравственными установками.

Суицидоопасные состояния у потерпевших представляют собой многофакторное явление, в котором задействованы как социально-психологические, так и психопатологические механизмы, различные на разных этапах юридически значимых ситуаций. Суицидальный риск повышается с возрастом потерпевших, для которых возрастает субъективная значимость сексуального насилия. Аутоагрессивные действия в криминальной и посткриминальной ситуации, в первую очередь, связаны с массивностью психогении, а также с возрастными и личностными особенностями. В судебно-следственной ситуации аутоагрессивные тенденции формируются в структуре депрессий и декомпенсаций и реализуются по психопатологическим или личностным механизмам. Их профилактика заключается в своевременном выявлении суицидоопасных состояний, оказании потерпевшим срочной медико-психологической помощи и устранении дополнительных психогений.

Возрастные особенности психогенных состояний у малолетних потерпевших во многом зависят от характеристики сексуального насилия. При «бесконфликтном взаимодействии» и однократном совершении в отношении них развратных действий, особенно знакомыми людьми, очерченных психогенных состояний не развивается вообще. Данный факт объясняется отсутствием психотравмирующего эффекта сексуальных действий вследствие несформированности у маленьких детей базовых психологических структур полоролевого этапа психосексуального развития. При неагрессивном поведении посягателя действия сексуального характера воспринимаются детьми «как игра» или как неприятное, но не опасное для жизни событие. По мере взросления и приближения к пубертатному периоду растет осведомленность в вопросах половых отношений, сексуальные действия приобретают характер специфической сексуальной травмы. Поэтому в возрасте 10—12 лет уже наблюдаются

Литература

Бадмаева В.Д. Клиника и судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств у детей и подростков — жертв сексуального насилия. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 2002. — 28с.

Морозова Н.Б. Психические расстройства у несовершеннолетних — жертв сексуального насилия (клиника, возрастные особенности, судебно-психиатрическое значение): — Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. — М., 1999. — 48с.

Морозова Н.Б., Смирнова Т.А., Бадмаева В.Д. Актуальные вопросы судебно-психиатрического освидетельствования жертв сексуального насилия // Рос. психиатр. журн. — М.; 2002. — №2. — С.70-75.

Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Морозова Н.Б., Литвиненко И.В. Психогенные состояния несовершеннолетних потерпевших (клиника и судебно-психиатрическое значение): Методические рекомендации. -М., 1993 . — 19 с.

Печерникова Т.П., Т.А.Смирнова, Морозова Н.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации: Методическое письмо. — 1995 . — 17 с.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б. Виктимное поведение несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Психиатрия на рубеже тысячелетий. — Ростов- на- Дону, 1999 . -С. 457-459.

Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших // Судебная психиатрия / Под ред. Б.В.Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — С.96-102.

Смирнова Т.А., Цыро И.В., Шутилов Д.И. Сексуальное насилие: оценка тяжести вреда здоровью. // Рос. психиатр. журн. -М., 2004 . — № 5 . - С. 43-48.

Цыро И.В. Судебно-психиатрическая оценка тяжести «вреда здоровью» при психических расстройствах у потерпевших: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 2004. — 28с.

стует совершению по отношению к ним повторных посягательств уже другими лицами.

Кроме психогенных расстройств, сексуальное насилие, сопровождающееся нанесением жертве телесных повреждений, может приводить к травматическим повреждениям головного мозга (ЧМТ) с нарушением сознания и последующей амнезией событий криминального периода. В таких случаях перед психиатрами ставится сложный комплекс вопросов по определению юридически значимых способностей потерпевших и тяжести «вреда здоровью».

Не вызывает сомнений тот факт, что психические расстройства у потерпевших имеют большое судебно-психиатрическое и юридическое значение, поскольку могут ограничивать их способность понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление в криминальной ситуации (что является основанием для констатации судом «беспомощного состояния»); влиять на способность таких лиц исполнять процессуальные функции и участвовать в судебно-следственном процессе; расцениваться как «вред здоровью». Разработанная Т.П. Печерниковой и ее учениками система экспертных оценок юридически значимых способностей потерпевших строится с учетом всех факторов (возрастного, дизонтогенетического, психопатологического и ситуационного) и состоит в последовательном определении потенциальной способности ее реализации в юридически значимых ситуациях и конкретных вариантов их ограничения. Потенциальная способность понимать характер и значение сексуальных действий отсутствует у малолетних на этапе полового самосознания, ограничена на полоролевом этапе, а в полной мере формируется на этапе психосексуальных ориентаций. У несовершеннолетних с психическими расстройствами ограничения этой способности возникают в результате дизонтогенеза с ретардацией психосексуального развития, а нарушение — при выраженном общем психическом дефекте с качественным изменением психического функционирования в рамках различных нозологических форм. Существует прямая зависимость возможности потерпевших оказывать сопротивление от их способности понимать характер и значение сексуальных действий.

Потенциальная способность правильно воспринимать обстоятельства дела нарушена у потерпевших с качественным изменением психической деятельности при выраженных психических расстройствах (глубокое интеллектуальное недоразвитие, грубый психопатоподобный синдром с расторможенностью влечений, отсутствие критики); имеет ограничение по уровню осмысления у лиц с дизонтогенезом и малолетних при несформированности у них способности понимать характер и значение сексуальных действий. Актуальная возможность реализации обеих категорий в криминальной ситуации может иметь 3 типа ограничений — психогенный, травматический и интоксикационный. Дополнительные ограничения способности давать показания в ходе судебно-следственного процесса обусловлены особенностями мнестических функ-

ций (несформированность долговременной памяти у малолетних, амнезия, снижение памяти при психических расстройствах). Определение способности жертв сексуального насилия участвовать в судебно-следственном процессе должно производиться с позиций максимальной защиты прав потерпевших (особенно малолетних детей) и клинико-психологических критериев экспертной оценки возможности их участия. Нарушение или ограничение потенциальной способности потерпевших участвовать в судебно-следственном процессе и актуальной возможности ее реализации в конкретной юридически значимой ситуации определяются сочетанием ряда факторов: возрастного (законодательное ограничение самостоятельного участия до 18 лет), психопатологического (наличие выраженных психических расстройств, лишающих возможности давать показания и произвольно регулировать свое поведение) и ситуационного (психотравмирующее влияние расследования с возникновением психогенных состояний и декомпенсаций). Заключение экспертной комиссии может носить как категоричный (по медицинским показаниям), так и рекомендательный (по деонтологическим мотивам) характер.

Большой вклад внесен Т.П. Печерниковой и в решение такой важной проблемы, как установление степени тяжести «вреда здоровью от повреждений, повлекших психические расстройства» — ПППР, которая определялась исходя из статей УК РФ (ч.3 ст. 111, ст. 131 и 132) и «Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью. Приложение № 2 к приказу Минздрава РФ № 407 от 10.12.96 г.». В них под «вредом здоровью» понимают либо телесное повреждение (т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций) либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов: механических, физических, химических, биологических, психических. Система экспертной оценки тяжести «вреда здоровью от ПППР» состоит в единстве медицинского (широкий круг психических расстройств экзогенной природы: травматические, психогенные и интоксикационные, имеющие прямую причинно-следственную связь с совершенным насилием) и юридического («опасность для жизни» в момент причинения, «длительность расстройства здоровья», «выраженность и стойкость нарушений адаптации») критериев. Последний компонент юридического критерия специфичен для детей и неработающих несовершеннолетних (в отличие от «утраты трудоспособности» у взрослых).

Предложен следующий алгоритм определения степени тяжести вреда здоровью от ПППР, универсальный для потерпевших независимо от их возраста:

1 этап — выявление психического расстройства, определение его качественной и количественной характеристик, стойкости и обратимости.

2 этап — анализ факторов, влияющих на его возникновение и развитие (особенности криминальной ситуации, психическое и соматическое

состояние потерпевшего до совершения в отношении него криминальных действий, личностные и возрастные особенности).

3 этап — установление связи возникновения психических расстройств с повреждениями, их повлекшими.

4 этап — собственно оценка тяжести вреда здоровью в соответствии с тем или иным компонентом юридического критерия (вначале анализируется фактор опасности для жизни, наличие которого является основанием для вывода о причиненном тяжком вреде; затем решается вопрос о возможности применения критерия стойкой утраты трудоспособности или нарушений адаптации у детей; далее психическое расстройство анализируется в плане его обратимости, полноты редукции симптоматики и влияния на длительность расстройства здоровья). Заключение о «вреде здоровью от ПППР» следует выносить с учетом ретроспективной, презентальной и прогностической оценки состояния потерпевших. В некоторых случаях целесообразно проведение повторного освидетельствования для более убедительного определения динамики психических расстройств (например, при травматической болезни головного мозга, посттравматических стрессовых состояниях, в детском возрасте). Все эти сложные вопросы могут быть эффективно решены только в рамках комплексных психолого-психиатрических и сексолого-психолого-психиатрических экспертиз, которые являются наиболее методологически верным и эффективным видом судебных экспертиз в отношении несовершеннолетних, потерпевших по половым преступлениям. В компетенцию психиатра-эксперта входят выявление психических расстройств, их синдромальная и нозологическая квалификация, оценка психического состояния в различных юридически значимых ситуациях. К компетенции психолога-эксперта относится определение уровня психического развития, возрастных и личностных особенностей, анализ их эмоционального состояния в интересующие следствие периоды. Установление этапа психосексуального развития у потерпевших в препубертатном и пубертатном возрасте, выявление его отклонений от нормативных вариантов, а также определение сексуальных расстройств, возникших в результате насилия (особенно при длительном инцесте), — все это входит в компетенцию сексолога-эксперта. К сфере совместной деятельности относятся установление функционального диагноза и решение экспертных вопросов при наличии у потерпевших психических расстройств; в случае отсутствия таковых ответы на них являются прерогативой психолога-эксперта. Таким образом, наряду с разграничением сфер компетенции психолога, психиатра и сексолога происходит интеграция их знаний с целью выработки совместного решения.

Мы остановились лишь на одном направлении научной деятельности глубоко почитаемого Учителя. Но даже такой поверхностный обзор показывает, как велик вклад Т.П. Печерниковой в развитие науки и решение практических задач, способствующих существенному улучшению работы судебно-психиатрических экспертных комиссий и защите прав потерпевших.

акций психотического уровня (депрессивных, паранойяльных, параноидных и др.). В возникновении и проявлениях аффективных реакций важную роль играют личностные особенности в рамках психической нормы или психические расстройства, а именно специфические расстройства личности. Исходя из определения, при афектогенных правонарушениях актуальны кратковременные (острые) аффективные реакции.

Аффект простой — так же как и другие аффекты, является кратковременным расстройством психической деятельности непсихотического уровня, возникающим внезапно под влиянием внешних факторов, проявляется эмоциями гнева, страха, сужением сознания, двигательным возбуждением и действиями, направленными против раздражителя. Основными отличиями (которые, кстати, свидетельствуют о меньшей выраженности (глубине) аффективного состояния), являются: а) сохранность у лица, перенёсшего аффективное состояние, способности описать, идентифицировать эмоцию, которую оно перенесло (пережило) на высоте аффекта (т.е. есть констатации у себя на то время эмоции гнева, злости, ненависти и др.); б) отсутствие очерченной 3-й фазы аффективного состояния, т.е. отсутствие выраженного психофизического истощения.

Аффект физиологический — кратковременное болезненное расстройство психической деятельности непсихотического уровня, возникающее внезапно под влиянием внешних факторов, проявляющееся недифференцированной эмоцией, сужением сознания, двигательным возбуждением и действиями, направленными против раздражителя. Характерными признаками физиологического аффекта являются крайняя выраженность реакции, фазность течения, близкая к патологическому аффекту, внезапность возникновения (неожиданность для субъекта), типичные сосудисто-вегетативные проявления, сужение сознания с расстройством целостности восприятия, специфические изменения коммуникативной функции, упрощение и отрыв от ситуации, несоответствие характеру и результату действий причины, их вызвавшей, связь действий и аффективных переживаний с психотравмирующим фактором, внезапность выхода вследствие психического истощения, частичная амнезия содеянного. В соответствии с современными научными взглядами, физиологический аффект по своей клинике соответствует критериям психического расстройства и значительно ближе к патологическому аффекту, чем к нормальному эмоциональным реакциям. Наличие у лица на период совершения правонарушения состояния физиологического аффекта по его основным содержательным признакам предусматривает существенное ограничение способности осознавать свои действия и руководить ими. Это психическое состояние является предпосылкой констатации юридического понятия «сильное душевное волнение», что определено отдельными статьями УК Украины и значительно снижает ответственность лица за совершённые криминальные действия.

Аффект аномальный — аффективное состояние, возникающее у лица с непсихотическим психическим расстройством. Введение в научную

КРАТКОВРЕМЕННЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, А. В. Канищев
*Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии
и наркологии (Киев)*

Научное творчество Т. П. Печерниковой свидетельствует о её неизменном исследовательском интересе к наиболее сложным, специфическим для судебной психиатрии проблемам. Одной из них является проблема диагностической и экспертной оценки кратковременных аффективных состояний на период совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей.

В своих работах 80-х годов прошлого столетия Т. П. Печерникова (1984-1988) детально описала механизмы возникновения, развития клинических проявлений и исхода острых аффективных реакций в момент совершения преступления. Накопленный к тому времени судебной психиатрией экспертный материал дал возможность выделить собственно аффективные реакции, физиологический аффект, патологический аффект и представить их отличительные дифференциально-диагностические признаки. В исследованиях того периода времени Т. П. Печерникова справедливо обосновывала необходимость оценки острых аффективных реакций в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (Печерникова Т.П., 1985, 1988). Исходя из существовавшей парадигмы, определяющей физиологический аффект как «не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние» (Печерникова Т.П., 1983), при описании его клинических проявлений, особенно II фазы, Т. П. Печерникова указывает на изменения психической деятельности с выделением ряда психопатологических симптомов, присущих этому клиническому феномену. В частности, речь идёт о фрагментарности восприятия, сужении и концентрации сознания на психотравмирующем объекте; наличии ярко выраженных внешних признаков эмоционального возбуждения (изменений внешнего вида, мимики, пантомимики, голоса), отражающих физиологические, биохимические сдвиги в организме; особенностях аффективных действий с признаками стереотипий, импульсивности; резком снижении интеллектуального и волевого контроля поведения с нарушением способности к прогнозу возможных последствий своих

действий (Печерникова Т.П., 1983, 1988). Такие очерченные клинические феномены, естественно, ставили вопрос о разграничении и критериях нормы и патологии как базисе разграничения предметов компетенции психиатрии и психолога, переосмыслении концептуальных основ комплексной психолого-психиатрической экспертизы и, в конечном итоге, совершенствования экспертной оценки указанных состояний. Однако эта очевидная тенденция, требующая научного исследования и разрешения, оказалась смещённой на второй план лавинообразным ростом количества различного рода аффективных и эмоциональных состояний (феноменов), существенно ограничивающих, по мнению исследователей, способность осознавать свои действия и руководить ими. В значительной мере этому способствовало введение в уголовное законодательство института ограниченной вменяемости и отсутствие устоявшихся представлений о таких фундаментальных принципах судебно-психиатрической экспертизы, как презумпция психического здоровья с её двумя правилами и обязательным доказыванием экспертных выводов.

В последующем в совместной с экспертами-психологами работе Т. П. Печерникова поддерживает позицию, продвигаемую в последние годы некоторыми представителями психологической школы ГНЦССП им. В. П. Сербского (Сафуанов Ф.С. и соавт., 2007), расширяющую трактовку понятия «аффект» и его диагностическую и экспертную оценку в рамках преимущественно судебно-психологической экспертизы.

Неоднозначность и противоречивость научных взглядов как в вопросах определения и систематизации понятий в сфере эмоционального реагирования личности на внешние (преимущественно) и внутренние раздражители, так и в вопросах диагностической и экспертной оценки клинических и психологических феноменов, пределов компетенции психиатра-эксперта и психолога-эксперта в этой области знаний, продолжает привлекать к себе внимание.

Исследования последних лет, проведённые в отделе судебно-психиатрической экспертизы Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, позволили несколько в ином аспекте оценить проблему экспертной оценки кратковременных аффективных состояний.

Требования доказательной медицины в психиатрии предполагают определённые стандарты диагностики психических расстройств. Действующая классификация психических расстройств (МКБ-10) определяет перечень обязательных диагностических критериев (основных и вспомогательных), которые должны присутствовать для обоснованного диагностического заключения.

Кратковременные аффективные состояния не нашли места и отражения в МКБ-10, поскольку они встречаются преимущественно в судебно-психиатрической практике и имеют специфические отличия в возникновении, проявлениях, течении и т. д. При этом отсутствие общепринятых подходов в отношении определения, содержания, предмета компетенции, дифференциально-диагностических критериев таких психических расстройств привело к спекуляции «различными точками зре-

ния» при проведении судебно-психиатрических, судебно-психологических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз с подменой обоснованных стандартов диагностики, основывающихся на фактических данных, психологизированными рассуждениями, которые базируются на личных предположениях и допущениях.

Подобная ситуация может (и это уже происходит, как свидетельствует существующая практика) вводить в заблуждение работников следственных и судебных органов при решении вопросов оценки состояния лица, совершившего правонарушение в том или ином кратковременном аффективном состоянии.

Целью настоящей работы было определение критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки кратковременных аффективных состояний при проведении судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.

Её положения базируются на анализе экспертной практики (судебно-психиатрических, судебно-психологических, комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз) в различных регионах Украины, существующих диагностических подходов и нашем личном опыте проведения экспертиз кратковременных аффективных состояний.

Следует отметить, что эмоциональное реагирование личности на внешние (преимущественно) и внутренние факторы, детерминирующее совершение «аффектогенного» правонарушения и требующее экспертной оценки, включает в себя различные составляющие. Они могут стать предметом исследования и оценки как психиатра-эксперта (аффективная реакция, аффекты — простой, аномальный, физиологический, патологический), так и психолога-эксперта (различные виды эмоциональных проявлений личности, не достигающие степени психического расстройства и соответствующие эмоциональные реакции в рамках психической нормы). В основе разделения этого предмета исследования лежит наличие или отсутствие психопатологических симптомов (в соответствии с имеющимися глоссариями и диагностическими критериями МКБ-10) в структуре этих составляющих и, в свою очередь, наличие ли отсутствие ограничения (существенного ограничения), исключения способности лица осознавать свои действия и руководить ими.

Определение понятий. В рамки понятия «кратковременное аффективное состояние» включены психотические (патологический аффект) и непсихотические расстройства психической деятельности (аффективная реакция, аффект, в том числе физиологический) в континууме: аффективная реакция — аффекты (простой аномальный, физиологический) — аффект патологический.

Аффективная реакция — непсихотическое психическое расстройство, возникающее в ответ на действие раздражителя (внешнего или внутреннего), оно может быть как кратковременным (минуты), так и продолжительным (часы), проявляется эмоциональными, вегетативными, двигательными нарушениями, как в рамках отдельных симптомов, так и их совокупностью. Такие реакции необходимо отличать от длительных ре-

жить следы правонарушения. 3. Отсутствие смены орудия нанесения повреждений. 4. Отсутствие ощущения вины или раскаяния. 5. Полное отсутствие речевой продукции или произнесение отдельных звуков, выкриков, которые могут отражать болезненное расстройство сознания.

Экспертная оценка указанных кратковременных аффективных состояний предполагает использование следующих общих методических критериев.

1. Наличие у лица диагностических признаков патологического аффекта на период совершения правонарушения исключает его способность осознавать свои действия и руководить ими в этот период времени.

2. Наличие у лица диагностических признаков физиологического аффекта на период совершения правонарушения существенно ограничивает его способность осознавать свои действия и руководить ими в этот период времени.

3. Наличие у лица диагностических признаков простого и аномального аффектов в период совершения правонарушения может существенно ограничивать его способность осознавать свои действия и руководить ими в этот период времени.

4. Наличие у лица диагностических признаков острой аффективной реакции в период совершения правонарушения не лишает и существенно не ограничивает его способность осознавать свои действия и руководить ими в этот период времени.

Таким образом, проведение экспертного исследования кратковременных аффективных состояний предполагает наличие определённого объёма и алгоритма оценки фактических данных в отношении психической деятельности и поведения лица до, в период и непосредственно после события аффектогенного правонарушения с дальнейшим сопоставлением выявленных признаков аффективного состояния с предложенными стандартами.

Приведённые унифицированные диагностические критерии позволяют оптимизировать экспертную диагностику аффективных состояний в уголовном процессе в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Литература

Печерникова Т. П., Гульдман В. В. Актуальные вопросы комплексной психолого-психиатрической экспертизы // Психологический журнал. — 1985. — Т. 6, № 1. — С. 96—104.

Печерникова Т. П., Гульдман 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. Психические аномалии в судебно-психиатрической практике // Психические расстройства, не исключающие вменяемости (клинические и судебно-психиатрические аспекты): Сборник научных трудов. — М., 1984. — С. 11—20.

литературу понятия «аномальный аффект» предусматривало сужение границ определения физиологического аффекта, с исключением из него аффективных реакций, характеризующихся изменёнными закономерностями развития и аномальными механизмами течения в зависимости от биологической и психологической «почвы», на которой возникает аффективная реакция. То есть учёт влияния непсихотических психических расстройств — органического поражения головного мозга, расстройства личности и т. д. — на клинику и течение аффективной реакции, когда она возникает у лица с таким расстройством. Согласно полученным нами данным, группа «аномального аффекта» по своим клиническим проявлениям приближалась к группе «физиологического аффекта». Однако течение и симптоматика аффективного состояния имела некоторые отличия, обусловленные наличием в его структуре психических расстройств, которые были у подэкспертного до возникновения аффективного состояния (проявлений их обострения и декомпенсации); т. е. проявления аффективной реакции и почвы, на которой она возникала. Такое сочетание, при менее выраженном по глубине аффективном реагировании, в сравнении с таковым при физиологическом аффекте обуславливало существенность влияния на способность лица осознавать свои действия и руководить ими, т. е. имела место психиатрическая предпосылка признания лица ограниченно вменяемым.

Аффект патологический — кратковременное болезненное расстройство психики (острый аффективный психоз), возникающее внезапно под влиянием внешних факторов и проявляющееся глубоким помрачением сознания, бурным двигательным возбуждением и действиями, направленными против раздражителя, и имеющее определённую фазность течения (подготовительную, взрывную и заключительную стадии аффективного состояния). Наличие у лица на период совершения правонарушения состояния патологического аффекта, т. е. острого психотического расстройства, отнесённого к исключительным состояниям, исключает способность лица осознавать свои действия и руководить ими.

Общие диагностические критерии аффективных состояний. 1. Наличие конфликтогенной ситуации, возникшей внезапно (или на фоне длительной конфликтогенной ситуации) имеет место дополнительный интенсивный раздражитель и задевающая наиболее индивидуально значимые для личности потребности (угроза жизни, здоровью, самоуважению, престижу и др.). 2. Развитие аффективного состояния непосредственно после возникновения конфликтогенной ситуации. 3. Наличие эмоциональных проявлений в виде гнева, страха, отчаяния, ненависти, обиды, неудовольствия, ярости и т. д. 4. Наличие вегетативных проявлений в виде покраснения или побледнения лица, дрожания рук, сухости во рту, перебоев в работе сердца, ощущения нехватки воздуха и т. д. 5. Наличие двигательных проявлений (двигательное возбуждение различной степени интенсивности). 6. Расстройство коммуникативных (речевой, мимико-пантомимической) функций. 7. Длительность: аффектов — до нескольких минут, аффективной реакции — до нескольких часов.

Общие критерии исключения. 1. Какое-либо иное тяжёлое психическое расстройство. 2. Острая интоксикация вследствие употребления психоактивных веществ (за исключением табака).

Для диагностики отдельных видов кратковременных аффективных состояний предлагаются соответствующие основные и дополнительные диагностические критерии. Уверенная диагностика какой-либо конкретной разновидности аффективного состояния должна опираться на полный «набор» основных диагностических критериев. Дополнительные же критерии должны облегчить процесс дифференциальной диагностики.

Аффективная реакция. 1. Соответствие общим критериям диагностики аффективных состояний. 2. Отсутствие чёткой фазности течения.

Простой аффект. *Основные диагностические критерии.* 1. Соответствие общим диагностическим критериям аффективных состояний. 2. Наличие признаков аффективного сужения сознания. 3. Наличие частичной амнезии. 4. Фазное течение (редуцированное), обязательное наличие 1-й и 2-й стадий — подготовительной и аффективного взрыва (тип «плато»). Возможно присутствие отдельных элементов стадии истощения. 5. Способность к самоописанию (идентификации) эмоциональных проявлений (страх, гнев и т. д.), имевших место в стадии аффективного взрыва (т. е. непосредственно в период правонарушения). 6. Наличие речевого контакта, который отражает конфликтную ситуацию. *Дополнительные диагностические критерии.* 1. Соответствие характера доминирующей эмоции раздражителю, из-за которого возник аффект. 2. Возможность смены орудия нанесения повреждений. 3. Согласованность степени эмоциональных проявлений с объективной значимостью раздражителя. 4. Возможность принятия мер по сокрытию и уничтожению следов содеянного. 5. Содержательное единство эмоциональных переживаний на докриминальной, криминальной и посткриминальной стадиях. 6. На постаффективной стадии — сохранность вегетативных проявлений (лакримация). 7. Возможно отсутствие вины и раскаяния. 8. Способность к модификации поведения в соответствии с обстоятельствами.

Аномальный аффект. *Основные диагностические критерии.* 1. Соответствие общим диагностическим критериям аффективных состояний. 2. Наличие признаков аффективного сужения сознания. 3. Наличие частичной амнезии. 4. Фазное течение (редуцированное), обязательное наличие 1-й и 2-й стадий — подготовительной и аффективного взрыва (тип «плато»). Возможно наличие отдельных элементов стадии истощения. 5. Способность к самоописанию (идентификации) эмоциональных проявлений (страх, гнев и т. д.), имевших место в стадии аффективного взрыва (т. е. непосредственно в период правонарушения). 6. Наличие психопатологической «почвы». 7. Наличие речевого контакта, который отражает конфликтную ситуацию. *Дополнительные диагностические критерии.* 1. Соответствие характера доминирующей эмоции раздражителю, из-за которого возник аффект. 2. Возможность смены орудия нанесения повреждений. 3. Согласованность степени эмоциональных прояв-

лений с объективной значимостью раздражителя. 4. Возможность принятия мер по сокрытию и уничтожению следов содеянного. 5. Содержательное единство эмоциональных переживаний на докриминальной, криминальной и посткриминальной стадиях. 6. Способность к модификации поведения в соответствии с обстоятельствами. 7. Возможно отсутствие вины и раскаяния.

Физиологический аффект. *Основные диагностические критерии.*

1. Соответствие общим диагностическим критериям аффективных состояний. 2. Наличие признаков аффективного сужения сознания с фрагментарностью восприятия окружающего. 3. Проявления дереализации и (или) деперсонализации. 4. Двигательное возбуждение с автоматизированными, стереотипными действиями, нанесением с чрезвычайной силой большого количества повреждений. 5. Неполнота, избирательность воспоминаний об обстоятельствах содеянного, припоминание лишь отдельных наиболее значимых элементов конфликта. 6. Чёткое фазное течение с обязательным наличием всех трёх стадий: подготовительной, аффективного взрыва и истощения (пиковый тип). 7. Объективная внезапность, субъективная произвольность аффективного взрыва. 8. В стадии истощения — чрезвычайная усталость, прострация, опустошённость, отсутствие действия по сокрытию правонарушения. 9. Невозможность чёткого самоописания (идентификации) эмоциональных проявлений, имевших место в стадии аффективного взрыва (т. е. непосредственно в период правонарушения). 10. Парадоксальность, чуждость криминальных действий для личности. *Дополнительные диагностические критерии.* 1. Отсутствие смены орудия нанесения повреждений. 2. Отсутствие ощущения вины и раскаяния. 3. Отсутствие попыток сокрыть или уничтожить следы правонарушения. 4. Ограничение, фрагментарность речевой продукции, которая утрачивает связь с аффектогенной ситуацией. 5. Превышение степени эмоциональных проявлений в сравнении с объективной значимостью раздражителя.

Патологический аффект. *Основные диагностические критерии.* 1.

Соответствие общим диагностическим критериям аффективных состояний. 2. Помрачение сознания (синдром сумеречного помрачения сознания), полная дезориентировка, извращённое восприятие окружающего. 3. Резкое, чрезвычайное психомоторное возбуждение с автоматизированными, стереотипными действиями, большим количеством повреждений, нанесённых с чрезвычайной силой, бессмысленная жестокость. 4. Полное отсутствие воспоминаний о содеянном. 5. Отрывочные галлюцинаторные и бредовые расстройства. 6. Чёткое фазное течение с обязательным наличием всех трёх стадий (подготовительной, аффективного взрыва и истощения). 7. Внезапность аффективного взрыва. 8. В стадии истощения — глубокий сон с последующей растерянностью, отсутствием действий по сокрытию правонарушения. 9. Парадоксальность, чуждость криминальных действий для личности. *Дополнительные диагностические критерии.* 1. Отсутствие реагирования на изменения обстоятельств и окружения. 2. Отсутствие попыток сокрыть или уничто-

танием, условиями среды, социальной и педагогической запущенностью, соматогенными факторами, сенсорной недостаточностью. Именно поэтому данный вид экспертизы целесообразно проводить как комплексную психолого-психиатрическую, в ходе которой психиатр должен выявить наличие или отсутствие психического заболевания.

Представляется, что описанные методологические положения сохраняют актуальность и в настоящее время, в условиях коренных изменений отечественного уголовного законодательства. Хотя норма ч. 3 ст. 20 УК РФ предусматривает иные правовые последствия установления отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, по сравнению с диагностикой умственной отсталости у несовершеннолетнего обвиняемого (с возможным применением ст. 21 или 22 УК РФ), остается определяющим принцип дифференцированной оценки факторов (социальных или врожденных), обуславливающих психическое недоразвитие подростка. Недопонимание этой идеи приводит к расширительной трактовке ч. 3 ст. 20 УК РФ (провозглашается ее применение во всех случаях, когда отставание несовершеннолетнего с психическим расстройством обусловлено «хотя бы частично причинами психолого-педагогического и социального характера» — (Ситковская О.Д., Конышева Л.П., Коченов М.М., 2000)), или неправильной ее реализации*.

2. КСППЭ аффекта

Значителен вклад Т.П. Печерниковой и в разработку проблем КСППЭ аффекта у обвиняемых. Не останавливаясь подробно на всех ее работах, посвященных этому вопросу, отметим два наиболее важных момента.

Во-первых, Т.П. Печерникова с В.В. Гульдандом и В.В. Остришко первыми исследовали аффект у лиц, страдающих психопатией**. Результаты их исследований были обобщены в методических рекомендациях «Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей» (1982), которые стали классическим судебно-психологическим трудом. Достаточно сказать, что он в полном объеме включен в хрестоматию по юридической психологии (2000).

Физиологический аффект, возникающий у лиц с психопатиями, рассматривался авторами как не выходящая за пределы нормы кратковременная эмоциональная реакция взрывного характера, но вместе с тем

* См. решение судебной коллегии Верховного суда РФ от 24. 02. 1998 г. о применении данной правовой нормы по отношению к 15-летнему несовершеннолетнему, обвиняемому в изнасиловании, с диагнозом «Олигофрения». Соответственно, он не был привлечен к уголовной ответственности и через полгода совершил убийство.

** Сейчас эта проблема рассматривается в более широком контексте — как диагностика аффекта у лиц с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости.

Печерникова Т. П. Судебные комплексные экспертизы // Судебная психиатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — С. 85—95.

Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого: Пособие для врачей и психологов / Ф. С. Сафуанов, Е. Г. Дозорцева, Т. П. Печерникова, С. Н. Шишков, Е. И. Сулимовская; Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Е. В. Макушкина. — М., 2007. — 43 с.

РОЛЬ Т.П. ПЕЧЕРНИКОВОЙ В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Ф.С. Сафуанов

Специальные знания судебного эксперта отличаются от знаний специалиста в какой-либо другой научной профессиональной области тем, что они используются для достижения определенных юридических целей в случаях, формах и порядке, определенных процессуальным законодательством (Махов В.Н., 1986, Сахнова Т.В., 2000). Именно поэтому адаптация психиатрических знаний к процессу судопроизводства требует расширения общетеоретических дисциплин как за счет правовых наук, так и смежных областей знания, используемых не только в комплексных, но и в однородных судебно-психиатрических исследованиях. Таким образом, выявляется закономерность *многопредметного* формирования и развития судебно-экспертного применения специальных знаний в психиатрии. Поскольку судебно-психиатрическая экспертиза сталкивается с необходимостью решать не только диагностические вопросы (медицинский критерий), но и множество экспертных вопросов, связанных с анализом механизмов и мотивации поведения или принятия решения (юридические критерии) подэкспертных лиц, становится ясным, что из смежных видов научно-практической деятельности специальные знания судебной психиатрии в первую очередь должны включать основы общей и клинической психологии.

Вся профессиональная деятельность Т.П. Печерниковой подтверждает справедливость этого тезиса. Ее научные исследования не ограничивались судебно-психиатрической тематикой, они охватывали широкий круг психологических проблем: вопросы мотивации противоправного поведения лиц с аномалиями психики, механизмы виктимного поведения, содержание патопсихологических симптомокомплексов и многие другие. Но главной заслугой Т.П. Печерниковой можно считать ее выдающуюся роль в создании и становлении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ). Подобно тому, как проблема необходимости использования научной психологии в уголовном процессе была сформулирована не самими психологами, а юристами, так и постановка вопроса о комплексном применении психологических и психиатрических знаний при производстве судебной экспертизы принадле-

жит не только психологам, но и судебным психиатрам — в первую очередь Т.П. Печерниковой, Н.И. Фелинской, Н.Н. Станишевской (1971, 1973, 1974, 1975). Уже к середине 70-х годов прошлого века в работах Т.П. Печерниковой и соавторов, наряду с признанием возможности комплексного судебно-экспертного психолого-психиатрического исследования, были выделены предметные виды КСППЭ, очерчена ее компетенция, рассмотрены организационно-правовые аспекты.

Следующий период творческой деятельности Т.П. Печерниковой в контексте судебной психолого-психиатрической экспертологии связан с углубленным исследованием отдельных предметных видов КСППЭ. Наибольшее внимание в ее научных трудах уделено таким видам КСППЭ, как экспертиза отставания психического развития у несовершеннолетнего обвиняемого, аффекта у обвиняемого, беспомощного состояния потерпевшего, психического состояния суицидента.

1. КСППЭ несовершеннолетнего обвиняемого

Еще задолго до введения норм так называемых «ограниченной вменяемости» (ст. 22 УК РФ 1996 г.) и «возрастной невменяемости» (ч. 3 ст. 20 УК РФ) в ст. 392 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР (а также в нескольких постановлениях Пленумов Верховного суда СССР) содержалось положение о необходимости определения, в полной ли мере несовершеннолетний обвиняемый с «умственной отсталостью, не связанной с психическим заболеванием» мог сознавать значение своих действий и руководить ими в момент совершения общественно опасного деяния. Уже в ранних работах Т.П. Печерниковой дан методологический анализ этой правовой нормы. В опубликованной в 1973 г. статье Т.П. Печерникова и Н.И. Фелинская отмечают, что такая экспертиза несовершеннолетнего «еще не нашла своего осуществления и даже своей терминологии», подчеркивают, что далеко не ясным остается и круг вопросов, подлежащих судебно-экспертному рассмотрению. Авторы четко разводят две формы «умственной отсталости», выделяя олигофрению как психическое расстройство, и психическое недоразвитие, связанное с условиями микросоциальной среды, с перенесенными соматическими заболеваниями и некоторыми другими факторами. Последний вариант предлагается обозначать термином «психическая незрелость», определение которой будет иметь иное юридическое значение, по сравнению с экспертной диагностикой олигофрении (в отношении последних возможно установление только «вменяемости-невменяемости»). В следующей работе Т.П. Печерниковой в соавторстве с Н.Н. Станишевской (1974) найдено более точное понятие, описывающее «умственную отсталость» (по терминологии УПК) — авторы обозначают его как «отставание психического развития»*, указывая, что оно может быть вызвано в одних случаях психическим заболеванием, а в других — неправильным воспи-

* Именно такая формулировка в итоге и была принята в ч. 3 ст. 20 УК РФ 1996 г.

В ситуации сомнений следствия в том, имел ли место суицид или же это было убийство, замаскированное под самоубийство, авторы считали, на наш взгляд, совершенно справедливо (Сафуанов Ф.С. 1998), что вопросы о наличии «суицидоопасного состояния» (психического состояния, предрасполагающего к самоубийству) являются неправомерными.

В случаях установленного следствием суицида в контексте ст. 110 УК РФ («доведение до самоубийства»), по мнению авторов, необходимо задавать вопрос о способности подэкспертного осознавать значение своих действий и руководить ими. Это дискуссионное положение обосновывалось тем, что «принуждение к самоубийству лица, заведомо не способного осознавать значение своих действий и руководить ими, следует расценивать как убийство» (Печерникова Т.П., Туденева Т.Н., 2004). Признавая справедливость этого утверждения, отметим, что такое принуждение (имеющее цель заставить потерпевшего совершить суицид) является лишь частным случаем «доведения до самоубийства».

Реализуя методологический подход, предложенный Т.П. Печерниковой, можно предложить еще одну судебно-экспертную ситуацию, в которой вопрос о способности к осознанно-волевому суицидальному поведению на практике имеет определенное юридическое значение. Если совершен суицид во время прохождения воинской службы, то наряду с возможностью применения ст. 110 УК РФ (где в принципе безразлично, совершил самоубийство психически здоровый или человек с психическим расстройством) решается также вопрос о денежных выплатах семьям военнослужащих. Согласно Инструкции об организации в Министерстве обороны Российской Федерации обязательного государственного страхования жизни и здоровья военнослужащих и граждан, призванных на военные сборы (приложение № 1 к Приказу Министра обороны Российской Федерации от 10.10. 1998 г. № 455), «жизнь и здоровье военнослужащих подлежат обязательному государственному страхованию за счет средств, выделяемых Министерству обороны Российской Федерации из федерального бюджета, на весь период прохождения ими военной службы (военных сборов), а также в течение одного года после окончания военной службы (военных сборов) в случае их смерти ... или *заболеваний*, имевших место в период прохождения военной службы (военных сборов)». В принципе, исходя из буквального понимания данной правовой нормы, достаточно было бы устанавливать сам факт *заболевания* в виде «психического расстройства», но на практике более доказательным является определение неспособности во время суицида лица с психическим расстройством осознавать значение своих действий и руководить ими.

В заключение хотелось бы отметить, что вклад Т.П. Печерниковой в развитие КСПЭ не ограничивается только теоретическими и методологическими научными разработками, внедряемыми в практику. Автору посчастливилось участвовать совместно с Тamarой Павловной в проведении множества разнообразных стационарных, амбулаторных и посмер-

был установлен ряд важных диагностических признаков, специфичных для этого вида психической патологии. Было введено понятие «условных» психогений, вызывающих аффект (когда ситуация приобретает психотравмирующее значение только в отношении психопатических личностей), которые имеют свои особенности для каждой клинической формы психопатий. Были установлены особенности феноменологии аффективного взрыва и постаффективной стадии, характерные для разных групп психопатических личностей. Также в методических рекомендациях даны тщательно обоснованные судебно-экспертные критерии дифференциальной диагностики физиологического аффекта с патологическим.

Во-вторых, Т.П. Печерникова одной из первых поняла необходимость разработки судебно-психологических экспертологических проблем, связанных с диагностикой аффекта, в условиях нового уголовного законодательства. Как показывает уголовно-правовой и экспертологический анализ ст. 107 и 113 УК РФ (введенного в действие с 1997 г.), судебно-психологическое понятие аффекта включает выраженные эмоциональные состояния и реакции, которые отличаются следующими признаками:

- 1) Возникают внезапно.
- 2) Вызываются единичным (разовым) психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего или длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с поведением потерпевшего.
- 3) На высоте своего развития резко ограничивают способность обвиняемого к осознанно-волевой регуляции своих криминальных действий.

Поскольку возникновение и развитие аффекта (внезапно возникшего сильного душевного волнения) в новом УК РФ связываются не только с «насилием, издевательством, тяжким оскорблением либо иными противоправными или аморальными действиями потерпевшего», но и с «длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего», понятие аффекта должно включать не только эмоциональные реакции взрывного характера, возникающие в ответ на однократное психотравмирующее воздействие (традиционно обозначаемые как «физиологический аффект»). Оно должно охватывать и ряд эмоциональных реакций и состояний, возникающих в результате кумуляции эмоционального напряжения в условиях длительной психотравмирующей ситуации, которые могут носить, а могут и не носить «взрывной» характер, но не уступают физиологическому аффекту по глубине сужения сознания и нарушений произвольной регуляции действий и обязательно возникают субъективно (и объективно) внезапно. Некоторые авторы считали, что введенный в текст нового УК РФ термин «аффект» является исключительно психологическим понятием. Т.П. Печерникова (1998), указывала что «аффект», напротив, как квалифицирующий признак состава преступления по смыслу ст. 107 и 113 УК РФ является юридическим понятием, который включает в себя физиологический аффект и эмоциональ-

ные состояния, оказывающие существенное влияние на поведение обвиняемого при условии, что эти аффективные реакции характеризуются «остротой, яркостью, фазностью проявления и ... интенсивностью выражения». Именно такое понимание объема уголовно-релевантного понятия «аффект», с учетом ряда работ других авторов (Сафуанов Ф.С., 1997, 2001; Шипшин С.С., 2000) и легло в основу пособия «Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого» (одним из авторов которого стала и Т.П. Печерникова), утвержденной секцией по психиатрии Ученого совета Минздрава России 30.09.2003 г., а также Научно-методическим советом Российского федерального центра судебных экспертиз при Минюсте России 2.03.2005 г. в качестве методических рекомендаций для экспертов.

3. КСППЭ беспомощного состояния потерпевшего

Традиционно в научных работах, посвященных судебным экспертизам потерпевших с участием психологов и психиатров, разрабатывалась проблема определения беспомощного состояния жертв сексуального насилия (Шостакович Б.В., Коченов М.М., Метелица Ю.Л., Кудрявцев И.А., Кобышева Л.П. и др.). Беспомощное состояние является квалифицирующим признаком состава преступления по ч. 1 ст. 131 («Изнасилование») и ч. 1 ст. 132 УК РФ (Насильственные действия сексуального характера») и раскрывается как неспособность потерпевшей понимать характер и значение совершаемых с нею преступных действий или оказывать сопротивление виновному.

Трудами Т.П. Печерниковой с учениками (в первую очередь с Н.Б. Морозовой) внесен огромный вклад в теорию, методологию и практику этого предметного вида КСППЭ. Отметим лишь некоторые принципиальные моменты, обладающие научной новизной и теоретической значимостью.

Авторы не ограничились судебно-экспертной оценкой психического состояния потерпевших, а стали рассматривать целостную систему взаимодействия «преступник — жертва — ситуация», что позволило проводить клинико-психологический анализ регуляции поведения пострадавших: способность к осознанию ими предкриминальной ситуации, к выработке эффективных стратегий и их реализации для предотвращения сексуальной агрессии. На основе этого были выделены *психологический* (у психически здоровых) и *патопсихологический* (у лиц с психическими расстройствами) *комплексы виктимности* (Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., 2000). Виктимность как потенциальное свойство жертвы может проявиться в виктимном поведении и обусловить в криминальной ситуации состояние беспомощности (Печерникова Т.П. и соавт., 2000).

В исследованиях Т.П. Печерниковой с сотрудниками содержится глубокое обоснование необходимости привлечения при проведении судебной экспертизы в отношении потерпевших по сексуальным правонарушениям не только психологических и психиатрических, но и сексологи-

ческих знаний. Способность понимать характер и значение сексуальных действий зависит от сохранности базовых структур сознания, в том числе и от уровня сексуального самосознания (Дагадина М.А., Смирнова Т.А., Ткаченко А.А., 1996). Необходимость установления этапа психосексуального развития потерпевших в препубертатном и пубертатном возрасте, выявления отклонений от нормативов, а также определения сексуальных расстройств, возникших в результате насилия (особенно при длительном инцесте) обуславливает потребность в таких случаях в комплексной судебной психолого-сексолого-психиатрической экспертизе (Печерникова Т.П. и соавт., 2000).

Разработанные Т.П. Печерниковой с коллегами принципы судебно-экспертной оценки беспомощного состояния потерпевших возможно применять и к потерпевшим от иных, не сексуальных, видов насилия. При судебно-экспертной оценке потерпевших по иным категориям общественно опасных деяний беспомощное состояние уже не является квалифицирующим признаком состава преступления, но может выступать в качестве обстоятельства, отягчающего наказание. Согласно п. «з» ст. 63 УК РФ, таким обстоятельством является «совершение преступления в отношении . . . беззащитного или беспомощного лица...». В контексте СПЭ и КСППЭ понятия беспомощности и беззащитности выступают как своеобразные юридические критерии и могут быть раскрыты через психологическое понятие неспособности к эффективной защите от посягательства путем целенаправленного осознано-волевого поведения в конкретной ситуации. На примере КСППЭ семи потерпевших по одному и тому же делу о мошенничестве описаны различные варианты психологических и психопатологических механизмов возникновения состояния беспомощности и беззащитности, раскрыты личностные факторы, повышающие виктимность жертв (Гусева О.Н. с соавт., 2007).

4. КСППЭ суицидента

Проблема КСППЭ по факту самоубийства на сегодняшний день представляется крайне запутанной как в теоретическом, так и в практическом плане. Расходятся мнения о предмете данного вида экспертизы, в зависимости от этого разные исследователи предлагают отличные друг от друга формулировки вопросов, которые судебно-следственные органы должны ставить перед экспертами. В работах Т.П. Печерниковой (в соавторстве со своей ученицей Т.Н. Туденовой (2004) дан глубокий анализ методологических вопросов производства такого рода судебных экспертиз.

Одним из наиболее важных методологических принципов, предложенных Т.П. Печерниковой, является выделение целого ряда отдельных судебно-экспертных ситуаций, каждая из которых требует дифференцированного анализа и, соответственно, различных по содержанию вопросов, образующих экспертное задание. Универсальным предметом исследования КСППЭ, независимо от обстоятельств уголовного дела, является «психическое состояние лица в пресуициде».

давать показания» и уголовно-процессуальной недееспособности Ю.Л. Метелица (1990) предложил подход, при котором содержательная трактовка юридического (психологического) критерия будет дана в менее объемных психологических понятиях, поддающихся более четкому определению, а главное, имеющих соответствующие психопатологические эквиваленты и потому способных играть роль опорных пунктов для судебно-психиатрической оценки. Им предлагалось использовать теорию понимания, включающую четыре уровня: 1-й — понимание (осмысленное восприятие) внешней стороны юридически значимых событий, разворачивающихся в рамках юридически значимой ситуации; 2-й понимание их внутреннего содержания, т.е. сущности; 3-й — понимание социального значения юридически значимой ситуации (нравственно-этический аспект); 4-й — понимание социального значения юридически значимой ситуации на уровне личностного смысла.

Для раскрытия интеллектуального признака юридического критерия «беспомощного состояния» и УПНД необходима последовательная оценка на всех четырех уровнях понимания, а для оценки способности воспринимать внешнюю и внутреннюю стороны значимых для дела обстоятельств при экспертизе способности давать показания — только на 1-ом, 2-ом и 3-ем уровнях (Коченов М.М., 1991; Кудрявцев И.А., 1999). Волевой признак юридических критериев при этих трех видах экспертиз требует оценки когнитивных, собственно волевых, а при оценке УПНД и способности к даче показаний — еще и мнестических нарушений (Метелица Ю.Л., 1990).

Методологический подход основан также на различении потенциальной (принципиальной) способности и актуальной возможности реализации этой способности при указанных видах экспертиз (Печерникова Т.П. и соавт., 1995; Кудрявцев И.В., 1999; Морозова Н.Б., 1999). Причем экспертная оценка должна базироваться на системном анализе совокупности следующих факторов: возрастного, личностного, дизонтогенетического, психопатологического и ситуационного (Кудрявцев И.В., 1999; Морозова Н.Б., 1999). Кроме того, экспертная оценка при экспертизе уголовно-процессуальной дееспособности потерпевших, в том числе их способности давать показания, должна быть дифференцированной на разных этапах юридически значимой ситуации, что может предопределять разные ретроспективное, презентальное и прогностическое решения.

Что касается экспертизы по определению степени тяжести вреда здоровью в виде психических расстройств и аномалий сексуальности, то она включает три этапа: 1) диагностика у потерпевшего психических расстройств; 2) установление причинно-следственной связи этого расстройства с сексуальными посягательствами; 3) собственно оценка степени тяжести вреда здоровью в виде расстройства, в соответствии с квалифицирующими признаками степени тяжести вреда (Метелица Ю.Л., 1990; Печерникова Т.П. и соавт., 1995; Морозова Н.Б., 1999). Методология экспертного исследования на третьем этапе подхода является наи-

тных экспертиз по уголовным и гражданским делам в отношении практически всех категорий подэкспертных лиц — обвиняемых, потерпевших, свидетелей, истцов и ответчиков и т.п. Какие бы сложные ситуации не возникали в ходе проведения этих экспертиз, с какими бы необычными проблемами мы не сталкивались, Тамара Павловна решала их, не только блестяще используя теоретико-методологические основы комплексной судебной психолого-психиатрической оценки в каждом конкретном случае, но и исходя из глубокого понимания возможных правовых последствий экспертных выводов. В своей судебно-экспертной деятельности она неизменно проявляла уважение к коллегам и к личности подэкспертного, воплощала принципы независимости, объективности, всесторонности и полноты исследований, не допускала проявлений субъективизма, формализма и теоретической схоластики. Каждая совместно проведенная с Тамарой Павловной экспертиза преподносила нам не только научно-практические, но и этические уроки.

Литература

Гусева О.Н., Смирнова Т.А., Ткаченко А.А., Сафуанов Ф.С., Филатов Т.Ю. Клинико-психологические механизмы беспомощного (беззащитного) состояния потерпевших по делам о мошенничестве // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 45. — М., 2007. — С. 150-168.

Дагадина М.А., Смирнова Т.А., Ткаченко А.А. Некоторые особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия // Социальная и судебная психиатрия. История и современность. — М., 1996. — С. 356-358.

Махов В.Н. Сущность и понятие специальных знаний в советском уголовном процессе // Вопросы борьбы с преступностью. — М., 1986. — Вып. 44. — С. 56-66.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. М., 1998. — 192 с.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза аффекта в свете нового Уголовного кодекса Российской Федерации: проблемы и перспективы // Психологический журнал. — 1997. — № 2. — С. 66-73.

Сафуанов Ф.С. Аффект: судебно-психологический экспертологический анализ // Психологический журнал. — 2001. — № 3. — С. 15-25.

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

Ситковская О.Д., Коньшева Л.П., Коченов М.М. Новые направления судебно-психологической экспертизы. — М., 2000. — 160 с.

Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого: Пособие для врачей и психологов / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Е.В. Макушкина. — М., 2007. — 44 с.

Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии аффекта // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия: Пособие для врачей. — М., 1998. — С. 71-81.

Печерникова Т.П., Гульдман В.В., Остришко В.В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей: Методические рекомендации. — М., 1982.

Печерникова Т.П., Туденева Т.Н. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза «по факту смерти» // Росс. Психиатр. журн. — 2004. — № 2. — С. 15-20.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б. Виктимное поведение несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Психиатрия на рубеже тысячелетий. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 457-459.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Гусинская Л.В., Завидовская Г.И. и др. Потерпевшие — жертвы агрессии (психопатологический и психологический аспект) // Психиатрия на рубеже тысячелетий. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 459-462.

Печерникова Т.П., Станишевская Н.Н. Некоторые вопросы комплексной психолого-психиатрической экспертизы // Вопросы судебно-психологической экспертизы. — М. 1974. — С. 23-28.

Печерникова Т.П., Станишевская Н.Н. Вопросы организации судебной комплексной психиатрической экспертизы // Вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1975. — С. 94-105.

Фелинская Н.И., Печерникова Т.П. Компетенция комплексных судебно-психиатрических и судебно-психологических экспертиз // Социалистическая законность. — 1973. — № 12. — С. 5-7.

Фелинская Н.И., Станишевская Н.И. Использование психологических познаний в уголовном процессе // Советская юстиция. — 1971. — № 7. — С. 44.

Шипшин С.С. К вопросу о понятии «аффект» в уголовном процессе и судебно-психологической экспертизе // Психология созидания. — Казань, 2000. — Т. 7. — Вып. 2. — С. 119-120.

Юридическая психология: Хрестоматия / Сост. В.В. Романов, Е.В. Романова. — М., 2000. — С.420-434.

МЕТОДОЛОГИЯ И МИШЕНИ ЭКСПЕРТНОГО АНАЛИЗА ПРИ СУДЕБНОМ КОМПЛЕКСНОМ СЕКСОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ПОТЕРПЕВШИХ — ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНЫХ ПОСЯГАТЕЛЬСТВ

А.А.Ткаченко, Е.Ю.Яковлева

Несмотря на потребности современной судебно-психиатрической теории и практики, методология комплексного сексолого-психолого-психиатрического исследования юридически-релевантных состояний у потерпевших — жертв сексуальных посягательств разработана недостаточно.

Т.П.Печерникова (2001) вполне обоснованно предлагала унифицировать структуру функционального диагноза, систематизировав его по следующим осям: 1-я — личностные особенности и пограничная патология до криминальной ситуации; 2-я — психические расстройства в момент криминальной ситуации на синдромальном уровне; 3-я — психические расстройства как результат криминальных действий обвиняемого, степень тяжести телесных повреждений; 4-я последующее восстановление нарушенных психических функций и типы приспособления личности; 5-я — использование выше перечисленных осей при комплексных психолого-психиатрических экспертизах. Очевидно, что такой функциональный диагноз будет включать все виды экспертных ситуаций у потерпевших: определение «беспомощного состояния», уголовно-процессуальной недееспособности (УПНД), «способности давать показания» и степени тяжести вреда здоровью. Его можно будет применять в комплексных экспертизах, включающих экспертное сексологическое освидетельствование. Необходимость более полного исследования жертв сексуальных посягательств за счет использования сексологических познаний диктуется тем, что именно они позволяют оценить уровень психосексуального развития малолетних\несовершеннолетних потерпевших, квалифицировать дизонтогенетические сексологические состояния, диагностировать психосексуальные расстройства на всех этапах юридически значимой ситуации: предкриминальном, криминальном, посткриминальном (судебно-следственном) и осуществить функциональную диагностику по всем вышеуказанным осям.

Для раскрытия содержательной стороны интеллектуального признака юридических критериев «беспомощного состояния», «способности

чения, отсутствие отрефлексированного опыта сексуальных переживаний при дизонтогенетических состояниях, определяющих:

— непонимание противоправности действий обвиняемого в возрастном, половом аспектах, аспекте насильственности/добровольности (3-й уровень понимания);

— неспособность осознания намерений и целей, прогноза биологических и социальных последствий (4-й уровень понимания).

Для установления сексологических признаков, оказывающих влияние на виктимное поведение потерпевших, в частности, способствующих их провоцирующему поведению, расспрос эксперта должен быть направлен на поиск опережения психосексуального развития в виде появления сексуальной фазы либидо при отсутствии предшествующих фаз на фоне недостаточной интериоризации полоролевых эталонов; полоролевой трансформации в виде нескрываемого в широкой среде знакомых промискуитетного поведения, т.е. неразборчивости в выборе партнеров при эротических и сексуальных контактах, гипертрофированного кокетства с мужчинами, обнажения частей тела и демонстрации татуировок малознакомым лицам; повторных по собственной инициативе посещений сексуального притязателя уже после первого противоправного контакта. Эти признаки определяют ущербность прогностической функции жертвы в сфере общения между полами, беспечность по отношению к ситуациям, аналогичным предкриминальной, убежденность в непровоцирующем характере собственного поведения («активно-провоцирующие» поведение жертв, по Печерниковой Т.П. и соавт., 1999; «способствующие жертвы» посягательств, по Ситковской О.Д. и соавт., 2000).

При установлении пассивно-подчиняемого поведения необходимо выявлять признаки задержки психосексуального развития в виде незрелости представлений об эротических и платонических взаимоотношениях между мужчинами и женщинами, гипертрофированности платонической компоненты либидо при недостаточной интериоризации половых ролей, затрудняющие определение потерпевшими намерений насильника и попадание в ситуации так называемого «необоснованного доверия» (по Конышевой Л.П., 1988).

Учитывая возможность изменения в ряде случаев психического, в том числе и сексуального, развития потерпевших в посткриминальный период, порой многолетний, подчеркнем важность именно ретроспективной оценки состояния потерпевшего для установления критерия беспомощного состояния.

В случаях отказа подэкспертного от описания во время экспертизы своего сексологического состояния, особенно к периоду осуществленного в отношении него правонарушения, вынесение экспертного решения становится затруднительным. В таких случаях объем применения сексологического метода сужается до анализа содержащихся в материалах уголовного дела объективного сексологического анамнеза и поведения, переживаний в предкриминальный, криминальный, посткриминальный периоды. Кроме того, должен быть применен дополнительный ме-

менее разработанной, ввиду отсутствия необходимых критериев ранжирования тяжести психических расстройств и нарушений сексуальности (Метелица Ю.Л., 1990; Шишков С.Н., 1998; Морозова Н.Б., 1999; Смирнова Т.А., 2001, 2003; Печерникова Т.П. 1998, 2001, 2004).

Применение методологии на практике облегчается знанием основных мишеней анализа, содержащихся в разных объектах исследования. С целью выделения таких мишеней были изучены 53 потерпевших обоих полов, проходивших экспертизу в ФГУ ГНЦССП им. В.П.Сербского: 51 жертва сексуальных противоправных действий, 1 свидетель, а также 1 освидетельствуемый по проверочным материалам, у которого отсутствовал статус потерпевшего. Были отобраны только экспертные случаи комплексных сексолого-психолого-психиатрических экспертиз. Были обследованы жертвы обоих полов, средний возраст на момент совершения в отношении них правонарушения составлял 11,5 года. Психические расстройства выявлялись в 43,4% случаев, психическое здоровье констатировалось в 56,6% наблюдений. Экспертом-сексологом квалифицировались сексологические онтогенетические (45,3%) и дизонтогенетические (49,1%) состояния. Длительность противоправных действий была многолетней не только в ряде случаев семейного насилия, но иногда и внесемейного.

Экспертиза «беспомощного состояния»

Подход к комплексной экспертной оценке включал установление в рамках каждой из компетенций (психиатрической, психологической, сексологической) юридически релевантных ситуации признаков (свойств) и насыщение психологического критерия «беспомощного состояния» при учете трехчастного деления юридического критерия (понимание характера, понимание значения, способность оказания сопротивления) и четырехчастного деления внутри самого интеллектуального признака (1-й — 4-й уровни понимания). Уровни понимания потерпевшими характера и значения совершаемых с ними сексуальных действий могут расшифровываться следующим образом:

1-й уровень — понимание внешней стороны юридически значимых событий, разворачивающихся в рамках юридически значимой ситуации (время, место, внешность правонарушителя, последовательность совершаемых им действий, в том числе и форм сексуальной активности);

2-й уровень — понимание их внутреннего содержания: понимание конкретным потерпевшим биологической сущности осуществляемых в отношении него сексуальных посягательств;

3-й уровень — понимание социального значения криминальных событий: способность осмыслить противоправность сексуальных действий обвиняемого в половом, возрастном аспектах, аспекте насильственности/добровольности;

4-й уровень — понимание потерпевшими социального значения криминальных событий на уровне личностного смысла: понимание намерений и целей правонарушителя; биологических и социальных послед-

ствий совершенных действий по отношению к своему будущему (предвидение возможностей изменения направленности влечения, наступление беременности, последствий для чести и достоинства и т.д.); способность к прогнозу каждого последующего эпизода при длительном правонарушении.

Соотнесение выявленных признаков с уровнями понимания облегчает установление степени нарушения компонент юридического критерия «беспомощного состояния»: неспособности (неспособность в полной мере) понимать характер совершаемых действий (1-й — 2-й уровни), их значение (3-й и 4-й уровни), неспособности (неспособность в полной мере) оказывать сопротивление (нарушение волевого вследствие интеллектуального признака; собственно нарушение волевого контроля).

Были выделены следующие основные мишени анализа при экспертизе «беспомощного состояния».

Анализ объективных материалов. В характеризующих жертву материалах могут оказаться сведения, дающие представление о ее сексуальном развитии и связанных с этим переживаниях. В частности, это могут быть описания ранней сексуализации поведения, имевшей место еще до совершения противоправных действий, предпочтений в одежде, играх, увлечениях, половой и возрастной характеристик групп референции на всех этапах сексуального развития или указания на коммуникативную и сенсорную депривацию, наличие/отсутствие половых партнеров, поведение в ситуациях межполового взаимодействия.

Следует осторожно подходить к показаниям родителей и учителей, содержащим утверждение о видимом полном безразличии или даже негативном отношении подростков к сексуальной тематике, поскольку, как показывает практика, данные, сообщенные самими потерпевшими в ходе экспертного исследования, нередко могут быть противоположными. Желание скрыть появившееся сексуальное влечение и соответствующие интересы от не одобряющих раннее начало половых отношений родственников могут приводить к демонстрации подростками ожидаемых от них внешних реакций, далеких от испытываемых на самом деле.

Таким образом, содержащееся в материалах дела описание объективного анамнеза потерпевших позволяет выявлять для последующего расспроса и анализа те мишени, которые свидетельствуют об особенностях сексуального развития.

Анализ последовательности и содержания показаний, сведений, содержащихся в заключениях судебно-медицинской экспертизы и т.д., позволяет выявлять признаки, релевантные юридическому критерию беспомощного состояния. Так, противоречивость высказываний малолетней жертвы о совершаемых с ней сексуальных действиях делает обоснованной гипотезу о непонимании ею внешней стороны сексуальных действий (1-й уровень понимания), требующую проверки в ходе экспертного исследования. Смена показаний в разных допросах о насильственности/добровольности совершения полового контакта позволяет предпо-

лагать, например, недостаточное понимание потерпевшим этого аспекта противоправности (3-й уровень понимания). Возможны и другие гипотезы: возникшие уже в посткриминальном периоде осознание последствий своего добровольного согласия на контакт, рефлексия по этому поводу и чувство стыда позволяют предполагать нарушение прогноза последствий непосредственно в пред- и криминальном периодах (4-й уровень понимания).

Некоторые показания потерпевших от многолетних противоправных действий могут содержать указания на время появления у них в течение криминального периода информированности о сексуальной направленности совершаемых с ними действий, ранее воспринимаемых как наказание или игру (2-й уровень понимания); о противозаконности (3-й уровень понимания). Например, нередко в показаниях оказывается отраженным постепенное (порой датируется) понимание жертвами различных аспектов противозаконности, с указанием своего возраста и различных источников получения сведений об этом, а также временного периода, в который происходила интериоризация воспринятых норм. Очевидно, что для вынесения аргументированного экспертного решения наиболее значимым становится последний из этих двух моментов.

Содержащиеся в показаниях как самих потерпевших, так и обвиняемых сведения о поведении жертв в виде соответствующих высказываний: «не сопротивлялась, но ничего не говорила и не двигалась», «была в шоке», «остолбенела» и др. позволяют предполагать аффект страха, ограничивающий способность к сопротивлению.

В целом, анализ содержащейся в показаниях потерпевших информации о своем состоянии на протяжении криминальной ситуации позволяет строить гипотезы относительно нарушения каждого из уровней понимания, а также дает информацию о возможных нарушениях волевого контроля поведения.

Клиническое интервью при проведении экспертного сексологического исследования. Для констатации нарушения каждого уровня понимания расспрос должен быть направлен на поиск следующих признаков:

1. Отсутствие сформированности физического «Я» у потерпевших, находящихся в фазе научения этапа полового самосознания, которое с учетом содержания криминальной ситуации может нарушать понимание внешней стороны сексуальных действий (1-й уровень понимания);

2. Несформированность/недостаточная сформированность базовых структур половой, полоролевой идентичности, представлений на этапе психосексуальных ориентаций, в том числе о разных формах сексуальной активности, при разных онто- и дизонтогенетических состояниях, определяющих непонимание сексуальной направленности деликта, неосведомленность о сущности половых контактов (2-й уровень понимания);

3. Степень дифференцированности половой и полоролевой идентичности, дисгармоничность, бисексуальная направленность полового вле-

Последовательность сведений, излагаемых на протяжении одного и того же допроса, и одновременно противоречивость показаний в целом, выявляемая при анализе разных допросов (например, при одном — утверждение, а при другом — отрицание совершения обвиняемым каких-либо сексуальных действий, утверждения о его оговоре и т.д.), отличают потерпевших со склонностью к псевдологии. Потерпевшие часто настаивают на «правильности», «правдивости» последних показаний, а кардинальную неоднократную смену содержания своих высказываний каждый раз объясняют по-новому. В этих случаях одной из задач последующего освидетельствования становится дифференциация нарушения способности отсроченного воспроизведения (при неоднородной ретроспективной экспертной оценке) и неспособности давать показания уже при первых допросах (при однородной ретроспективной оценке).

Видоизменения и искажения показаний с течением времени вплоть до их полной подмены вымыслами, высказываниями лиц, с которыми происходит общение ребенка, могут иметь место как у психически здоровых, так и у подэкспертных с аномалиями психического развития (Печерникова Т.П. и соавт., 1993). Необходимо учитывать, что повышенная внушаемость и подчиняемость, входящие составной частью в личностный и (или) возрастной фактор у детей с нормальным развитием, могут ограничивать возможность давать показания только при определенных ситуационных условиях (наличии суггестивного воздействия со стороны значимых окружающих или при внешнем давлении), а у подэкспертных с аномалиями психического развития — при определенных условиях и (или) в сочетании с другими патоперсоналогическими и возрастными характеристиками (Кудрявцев И.А., 1999).

Отметим здесь, что экспертное решение в отношении лиц, неоднократно меняющих свои показания вследствие повышенного фантазирования, склонности к псевдологии и т.д., не должно обосновываться соответствием/несоответствием каких-либо изложенных в них сведений той информации, которая содержится в допросах свидетелей или обвиняемого, поскольку это не входит в компетенцию экспертов.

Клиническое интервью при проведении экспертного исследования. Расспрос потерпевшего с целью выявления релевантных феноменов имеет свои особенности при каждой юридически значимой ситуации.

Для констатации нарушения/ограничения способности воспринимать значимые для дела обстоятельства клиническое интервью должно быть направлено на поиск признаков, релевантных нарушению интеллектуального признака юридического критерия, т.е. 1-го, 2-го и 3-го уровней понимания. При диагностике у потерпевшего на момент единичного правонарушения состояния измененного сознания различного генеза от эксперта требуется установить его глубину и временной отрезок криминального периода, в течение которого имели место нарушающие восприятие психопатологические феномены, а также квалифицировать характер амнезии — конградная, антероградная, ретроградная, диссоциативная, что позволяет выносить дифференцированное экспертное реше-

ние — направленное экспериментально-психологическое исследование сексуальной сферы (НЭПИ), при котором уточнение степени сформированности полового самосознания, особенностей восприятия гендерной информации, представлений о полоролевых нормативах (когнитивная дифференцированность, эмоциональное отношение) и их интериоризированности осуществляется при помощи проективных методик. Их использование может иметь ограничение в связи с особенностями психического состояния потерпевшего, которые могут исказить усвоение инструкций к заданиям. Оценка этих особенностей должна осуществляться экспертом-сексологом в период применения основного метода, в зависимости от которой решается вопрос о возможности применения направленного экспериментально-психологического исследования сексуальной сферы. Экспертное решение в таких случаях может выноситься в вероятностной форме.

Экспертиза уголовно-процессуальной недееспособности, в том числе нарушения способности потерпевших давать показания

Наиболее отвечающей тем требованиям, на основе которых может производиться оценка способности субъекта к осуществлению своих процессуальных прав и обязанностей, нам представляется следующая формулировка юридического критерия УПНД потерпевших: «неспособность правильно понимать характер и значение своего процессуального положения и самостоятельно осуществлять свои процессуальные права и выполнять процессуальные обязанности». Вслед за Ю.Л.Метелицей (1990), Т.П.Печерниковой с соавт. (1995) считали целесообразным выделение понятия ограниченной процессуальной дееспособности потерпевших, которое, на наш взгляд, может быть определено следующим образом: «неспособность в полной мере понимать характер и значение своего процессуального положения и самостоятельно осуществлять свои процессуальные права и исполнять процессуальные обязанности».

Уровни понимания при экспертизе УПНД, ограниченной УПД могут расшифровываться следующим образом:

1-й уровень — понимание (осмысленное восприятие) внешней стороны юридически значимых событий, происходящих на предварительном следствии и в судебном разбирательстве (кратность и последовательность допросов, очных ставок, опознания, присутствие при них обвиняемого, законного представителя и т.п.);

2-й уровень — понимание их внутреннего содержания: осознание своего статуса, как статуса потерпевшего; понимание сущности таких процессуальных действий, как опознание, очная ставка и т.д.; осознание целей экспертных исследований — судебно-медицинского, судебно-психиатрического;

3-й уровень — понимание социального значения юридически значимых событий, происходящих на предварительном следствии и в судебном разбирательстве — способность к пониманию нормативно-цен-

ностного аспекта тех обстоятельств, которые являются объектом судебного-следственного процесса, например, последствий своих показаний для обвиняемого;

4-й уровень — понимание социального значения юридически значимых событий, происходящих на предварительном следствии и в судебном разбирательстве на уровне личностного смысла: понимание последствий своего поведения и высказываний для себя.

Ввиду того, что выборка представлена, за исключением одного случая, малолетними и несовершеннолетними потерпевшими, имеющими законодательные возрастные ограничения уголовно-процессуальной дееспособности (ч. 2 ст. 45 УПК РФ), наше внимание было уделено экспертной оценке способности давать показания, как одной из процессуальных функций потерпевшего.

Подход к экспертной оценке способности потерпевших давать показания включал установление в рамках каждой из компетенций (психиатрической, психологической, сексологической) юридически релевантных ситуации признаков (свойств) и их соотнесение с первыми тремя уровнями понимания, расшифровка которых аналогична таковой при экспертизе «беспомощного состояния».

Установление степени нарушения составляющих юридический критерий способности к «даче показаний» осуществлялось в следующей последовательности:

— нарушение\ограничение способности воспринимать внешнюю сторону юридически значимых событий (1-й уровень);

— нарушение\ограничение способности воспринимать внутреннее содержание юридически значимых событий (2-й и 3-й уровни);

— нарушение\ограничение способности давать показания (нарушение способности воспроизводить вследствие интеллектуальных, волевых, мнестических нарушений и т.д.).

Методические средства достижения обоснованного экспертного заключения при экспертизе способности потерпевших давать показания предполагают анализ следующих мишеней.

Анализ объективных материалов. Описание объективного анамнеза потерпевших позволяет выявлять те мишени для последующего вопроса и анализа, которые касаются особенностей сексуального развития. Сведения из медицинской документации о наличии у потерпевших признаков психических расстройств, развившихся в период следствия, в сопоставлении с датами допросов позволяют уточнить границы временного отрезка, во время которого у потерпевшего может быть нарушена способность воспроизводить значимые для дела обстоятельства, что повлечет дифференцированную ретроспективную оценку.

Сохранную способность восприятия как минимум внешней стороны криминальной ситуации у потерпевших можно предполагать по содержащимся в материалах уголовного дела сведениям о наличии у потерпевшего в прошлом сексуальных контактов, аналогичных действиям обвиняемого по настоящему делу.

Анализ содержания показаний потерпевших, их последовательности и динамики на протяжении всего следственного периода может позволить выстроить диагностические гипотезы, требующие проверки в ходе освидетельствования, о нарушении восприятия и ретроспективного воспроизведения значимых событий. Так, о нарушении способности воспринимать как внешнюю, так и внутреннюю стороны криминальной ситуации можно думать при наличии описания признаков измененного сознания (отчужденности своих действий, мыслей, чувств, состояний «стороннего наблюдателя», изменений чувствительности разных модальностей, переживаний необычного темпа течения времени и т.д.), а также утверждения потерпевших об отсутствии воспоминаний о действиях правонарушителя на протяжении всего криминального периода. Важно помнить, что у лиц с психогенно обусловленными нарушениями сознания наряду с экстремальной ситуацией могут оказывать влияние и особенности личности (особенно тормозимого типа), исследование которых, а также степени выраженности эмоциональных проявлений должно проводиться психологом (Печерникова Т.П. и соавт., 1993). Ограничение способности воспринимать внешнюю сторону криминальной ситуации у малолетних потерпевших можно предполагать по одинаковому при всех допросах неточному описанию действий правонарушителя. Противоречивые показания потерпевших при разных допросах или на протяжении одного и того же допроса, касающиеся того или иного аспекта социально-правовых норм, делают вероятной гипотезу об ограничении восприятия внутренней стороны криминального события. Например, утверждения жертвы о своем согласии на соитие могут перемежаться с высказываниями о его нежелании, насильственности, что позволит предполагать нарушение осмысленного восприятия насильственности\добровольности контактов (нарушение 3-го уровня понимания).

О нарушении отсроченного воспроизведения и неоднородности ретроспективной оценки потерпевших можно думать при обеднении с каждым вопросом описаний содержания противоправных действий за счет опускания не только малосущественных деталей, касающихся, например, обстановки места правонарушения, но и таких значимых для дела обстоятельств, как формы сексуальной активности; при противоречивом описании регулярности посягательств (от еженедельной до ежемесячной), последовательности действий в предкриминальный и криминальный периоды каждого эпизода и т.д. В ряде наблюдений потерпевшими неизменно при допросах описывались те противоправные действия, которые вызывали у них максимально негативные переживания или болевые ощущения. Описание иных, например, ненасильственных, осуществленных в игровом контексте, действий фигурировало при первых допросах, а в последующем они не упоминались. Эти особенности показаний у малолетних позволяют предполагать несформированность у них долговременной памяти, что подлежит экспертному психологическому анализу.

показания и при невозможности на современном уровне развития науки прогнозировать возможность/невозможность редукции отмеченных феноменов или появление новых психопатологических признаков, препятствующих воспроизведению воспринятых в криминальной ситуации событий, экспертное решение может заключаться в отказе от ответа на вопрос (п. 6 ч. 3 ст. 57 УПК РФ);

При временных психических расстройствах на момент освидетельствования в задачи экспертов входит установление типичной клинической динамики расстройства или затяжного его течения, что ведет к вынесению разных прогностических экспертных решений: о временной неспособности потерпевшего давать показания в первом случае и об отказе от ответа на вопрос со ссылкой на п. 6 ч. 3 ст. 57 УПК РФ — во втором.

Особые трудности вызывает прогностическая оценка диссоциативной амнезии в случае ее диагностики на момент освидетельствования. Следует отметить, что презентальная оценка не должна предопределять аналогичное прогностическое экспертное решение, поскольку течение диссоциативной амнезии отличается внезапным окончанием расстройства и немногочисленными рецидивами (Дмитриева Т.Б. и соавт., 1998). В заключении следует указывать на наличие у потерпевшего преходящих мнестических нарушений в виде диссоциативной амнезии, что препятствует прогностической оценке вследствие невозможности оценить риск возможного рецидива мнестических нарушений.

Проведенный анализ подтвердил мнение ряда авторов о том, что потерпевшие, не способные воспринимать внутреннее содержание криминальной ситуации, обладают потенцией к его ретроспективной оценке в будущем в силу естественного созревания, что в определенный момент судебно-следственных действий предопределяет их способность давать показания и о внутреннем содержании (Морозова Н.Б., 1999; Морозова М.В., 2004). При установлении сексологом в ходе клинической беседы нарушения понимания потерпевшим биологической сути юридически значимых событий и их противоправного характера, прежде чем отказаться от ответа на вопрос о прогностической оценке (ввиду возможности созревания жертвы и приобретения способности давать показания), необходимо взаимодействие с экспертами других специальностей для установления взаимодополняющего дисрегулирующего влияния выявленных признаков.

Экспертиза тяжести вреда здоровью

На первом этапе экспертного исследования потерпевших от сексуальных посягательств осуществлялась квалификация не только психического, в том числе психосексуального, расстройства, но и сексологических дизонтогенетических состояний, поскольку последние нередко являются проявлением нанесенного вреда здоровью.

Установление на втором этапе экспертизы причинно-следственной связи психических и сексуальных аномалий с психотравмирующим воз-

действие — вместо безоговорочного заключения о способности (или неспособности) воспринимать значимые для дела обстоятельства необходимо указывать на тот род обстоятельств, которые потерпевший может воспринимать, или же оговаривать категории обстоятельств, недоступных его пониманию (Метелица Ю.Л., 1990; Печерникова Т.П. и соавт., 1995; Кудрявцев И.А., 1999).

Этот тезис правомерен и в отношении психически здоровых малолетних потерпевших дошкольного возраста. Хотя у этих потерпевших при психолого-психиатрическом освидетельствовании не обнаруживается каких-либо признаков, нарушающих способность воспринимать внешнюю сторону событий (Печерникова и соавт., 1995), проведенное нами исследование показало, что у потерпевших, психосексуальное развитие которых к моменту правонарушения ограничено этапом становления полового самосознания (до 6 лет), оценка способности воспринимать внешнюю сторону правонарушения должна происходить с учетом условий осуществления посягателем криминальных действий, в частности, их нахождения в поле зрения жертвы, поскольку восприятие, основанное на тактильных ощущениях в области половых органов, некоторым детям остается недоступно. В таких случаях для вывода о неспособности жертвы сексуального злоупотребления понимать внешнюю сторону сексуальных действий, т.е. невозможности однозначного утверждения того, осуществлялись ли с ними половой акт во влагалище или же анально-генитальный контакт (в задний проход) или же вестибулярный коитус (в преддверие влагалища), совершались ли эти контакты половым членом или же пальцем/пальцами руки, становится необходимым поиск сексологом такого релевантного признака, как отсутствие сформированности образа физического «Я». Дифференцированная оценка, т.е. выявление частичного нарушения 1-го уровня, имеет особую значимость в качестве доказательственной части обвинения (опознание посягателя, место, время и т.д. нападения) и в свете квалификации действий правонарушителя — ст. 131 (вагинальный коитус) или же 132 УК РФ (анальный, вестибулярный контакты, мануальные манипуляции).

При вынесении ретроспективной оценки потерпевшим, показания которых в ходе следствия различались, необходимым становится выявление психопатологических, психологических и сексологических феноменов, определяющих нарушение способности правильно воспроизводить значимые для дела обстоятельства. При наличии у подэкспертных недоразвития или снижения мнестических функций, определяющих нарушение возможности отсроченного воспроизведения событий, эксперт должен уточнить степень выраженности этих нарушений. Это позволит выносить дифференцированное решение с указанием тех событий, на которые распространялось запоминание, и тех, воспроизводить которые жертва способна. Отметим, что в случаях выявления феноменов, релевантных волевому признаку юридического критерия, эксперт не должен устраняться от анализа способности потерпевшего воспринимать значимые для дела обстоятельства.

При диагностике экспертами у потерпевшего в следственном периоде временного психического расстройства, признаки которого нарушают способность давать показания, необходимым становится определение времени его начала и окончания, соотнесение с датами допросов.

Демонстрация потерпевшими в ходе освидетельствования понимания биологической сущности и социально-правового значения осуществленных в отношении них сексуальных действий еще не означает их осознанного восприятия в криминальном периоде. В связи с этим от эксперта ожидается установления времени появления соответствующего понимания и его соотнесения с юридически значимыми ситуациями, что может определять разные экспертные решения. Так, в случаях сохранного восприятия на протяжении всего криминального события экспертная оценка, при отсутствии других релевантных ситуации феноменов, будет включать вывод о способности воспроизводить значимые для дела обстоятельства. При достижении понимания жертвой гендерной информации в определенный момент длительных противоправных действий необходимым становится выявление у нее способности к ретроспективной оценке тех криминальных событий, осмысленное восприятие внутреннего содержания которых отсутствовало непосредственно при их осуществлении. Следующей задачей становится уточнение временного аспекта этой ретроспекции, в зависимости от которого экспертные решения могут быть противоположными: от сохранности способности воспринимать значимые для дела обстоятельства в период всего предварительного следствия до нарушения этой способности во время первых допросов и сохранности при последующих.

Нарушения сексуальной сферы могут определять содержание релевантных ситуации феноменов, выявляемых иными специалистами, в частности, псевдологических построений, патологического фантазирования (психопатологический признак) или выраженной склонности к фантазированию (психологический признак). В таких случаях сексолог может выявить идеаторную сексуальную активность, содержание которой аналогично описываемой потерпевшим при допросах внешней стороне правонарушения.

Презентальная оценка представляется наименее трудной, поскольку не требует оценивать способность потерпевших давать показания ретроспективно и прогностически. Подчеркнем только, что учет экспертами психотравмирующего характера экспертной ситуации для потерпевших, а также деонтологические соображения не должны сводить интервью с жертвой до выяснения ее мнения о том, сможет ли она дать показания в суде. Этот неправомерный диагностический подход, игнорирующий выявление феноменов, релевантных признакам юридического критерия, может приводить к ошибочным экспертным выводам и повторному освидетельствованию. Например, это может касаться малолетних потерпевших, способных в ходе следствия давать показания о внешней стороне криминальной ситуации, но уже в момент освидетельствования не способных или способных лишь частично ее воспроизводить.

К искажению воспроизведения обстоятельств правонарушения могут приводить особенности развития речи ребенка: ошибочное использование понятий, названий незнакомых предметов, признаков (Печерникова Т.П. и соавт., 1995; Goodman G.S. et al., 1987), поэтому при освидетельствовании должно проводиться психологическое исследование уровня развития речи (Сулимовская Е.И., 1998). При неспособности потерпевшего оперировать некоторыми значимыми для дела понятиями, касающимися преимущественно сексуальной сферы, анализ речевой продукции должен проводиться и экспертом-сексологом с целью выявления нарушений сексуального развития, определяющих недостаточный словарный запас, касающийся исключительно сексуальной тематики.

Для вынесения прогностической оценки потерпевшим с проявлениями психического дизонтогенеза, нарушающими презентальную способность давать показания, эксперт должен обращать внимание на те признаки, которые позволят квалифицировать его вариант и прогнозировать последующую динамику, опираясь на имеющиеся в литературе представления о катамнезе данных состояний. Поиск релевантных феноменов не должен сводиться к исследованию только мышления и интеллекта, поскольку при задержках психического развития церебрально-органического типа выявляется наибольшая недостаточность не самого интеллекта, а его предпосылок — памяти, внимания, пространственного гнозиса, темпа, переключаемости психических процессов. Характерны затруднения в построении развернутой фразы и малая речевая активность (Лебединский В.В., 2003), поэтому речевые процессы должны подвергаться отдельному исследованию. При этом внимания заслуживают нарушения, возникающие не на уровне разговорной речи, а при ее использовании в интеллектуальном процессе.

Мозаичность нарушения высших корковых функций заключается в том, что одни из них могут быть повреждены, другие — функционально неустойчивы вследствие нейродинамических расстройств, третьи — незрелы (Лебединский В.В., 2003). Поэтому при установлении экспертом динамического характера одних нарушений он не должен отказываться от поиска других, свидетельствующих о необратимом дефекте функций.

В отношении потерпевших с хроническими психическими расстройствами и дефектными состояниями целью клинического интервью является выявление необратимых проявлений, релевантных интеллектуальному и волевому признакам юридического критерия способности к даче показаний, что определяет дифференцированное экспертное решение: ретроспективная оценка сохранной или ограниченной способности давать показания, а презентальная и прогностическая оценки — нарушения воспроизводить как внешнюю, так и внутреннюю стороны криминального события.

При манифесте эндогенного процесса у психически здорового до правонарушения потерпевшего с презентальной неспособностью давать

Распрос эксперта-сексолога на каждом этапе экспертного подхода должен осуществляться со следующими промежуточными целями.

На первом этапе он должен быть нацелен на выявление признаков сексуального дизонтогенеза (как сомато-, так и психосексуальной компоненты) и аномалий сексуальности. Некоторые авторы отмечают у мальчиков (7-13 лет), жертв сексуального насилия, сочетание агрессивного, жестокого поведения в отношении окружающих с использованием в унижении женских внешних атрибутов — одежды, косметики, украшений. Сон у таких детей часто сопровождается яркими сновидениями сексуального характера (Проселкова М.Е. и соавт., 2006). У детей до 3 лет, подвергшихся семейному неконтактному насилию, фантазии в играх отличаются скудостью содержания и монотонностью с оттенком сексуальной направленности. Эти диагностические признаки должны учитываться экспертом-сексологом при клиническом интервью.

На втором этапе он должен проводиться с целью выявления:

- структурных особенностей преждевременного развития, характерных для имитационной природы нарушений;
- элементов задержки — до посягательств, а признаков опережения развития — в течение и после них при дисгармоничном становлении психосексуальной компоненты;
- отрицательной динамики развития в виде диссоциации либидо, задержек влечения после посягательств у потерпевших с ретардированным сексуальным развитием до правонарушения;
- структурных особенностей нарушений, характерных для психогенной составляющей при смешанном генезе нарушений одной и той же компоненты сексуального развития;

На третьем этапе распрос должен проводиться с целью установления:

- неблагоприятной динамики дизонтогенетического синдрома, сексуального расстройства;
- признаков дезадаптации вследствие нарушений сексуального онтогенеза, их временного или стойкого характера, выраженности, затронутой семейной, школьной и социальной сфер;
- признаков сексуальной дезадаптации у потерпевших с функциональными сексуальными расстройствами, с обязательным учетом выраженности нарушений межпартнерских отношений;
- сроков повторного освидетельствования при высокой вероятности неблагоприятной динамики патологического сексологического состояния.

Дифференциальная диагностика конституциональной, органической и психогенной форм сексуализированного поведения в некоторых случаях требует электроэнцефалографического исследования, определения уровня гонадотропинов и тестостерона в сыворотке крови. Для выявления конфликтности сексуальной сферы целесообразным является проведение направленного экспериментально-психологического метода обследования.

действием посягательств было сопряжено с квалификацией ее характера: прямого или косвенного.

На третьем этапе производилось соотнесение психических и сексуальных нарушений, связанных с травмирующим воздействием, с квалифицирующими признаками тяжести вреда здоровью. В качестве последних подразумевались проявления дезадаптации в семейной, школьной, социальной, трудовой, сексуальной сферах, установление ее характера (временного или стойкого), а в случае стойкого — определение ее выраженности.

Были выделены следующие мишени анализа.

Анализ объективных материалов. Данные, содержащиеся в медицинской документации, могут дать представление о начале возникновения, клинко-психопатологических закономерностях течения психических расстройств и нарушений сексуального развития в предкриминальном периоде, а также о наличии/отсутствии их динамики в криминальной, посткриминальной и судебно-следственной ситуациях. Особое значение для диагностики психических расстройств у малолетних и несовершеннолетних потерпевших приобретают характеризующие их сведения из разных источников: со стороны родственников (семейный круг), учителей и одноклассников (школьная среда), друзей или членов коллектива, игнорирующего потерпевшего (социальная среда). Описание поведения ребенка или подростка только в одной из этих сфер оказывается недостаточным для диагностики социализированных и несоциализированных расстройств поведения, а также тех, которые «ограничены рамками семьи» (МКБ-10). Особенно это имеет отношение к нередким случаям отрицания самими потерпевшими сведений негативно их характеризующих. Тщательно должна быть изучена информация, содержащая подробные сведения о времени воздействия на потерпевшего различных экзогенных (психогенных или иных) факторов и обусловленных ими изменениях. Это позволяет предполагать нозологическую принадлежность, вид нарушений развития и их генез в предкриминальном периоде (первый и второй этапы экспертного подхода).

Для экспертной оценки психических и сексологических нарушений криминального периода значимыми могут стать данные об изменении психического и сексологического статуса в сопоставлении с временем воздействия специфической сексуальной травмы, дополнительных психогенных воздействий (реакции окружающих во время самого правонарушения), неспецифических психогенных воздействий. Медицинская документация может содержать датированные сведения о длительности и выраженности расстройств, патокинезе нарушений психической, в том числе и психосексуальной, сферы, о патопластических воздействиях; факторах, оказывающих влияние на возникновение и течение (прогрессирующее/регрессирующее) психического расстройства во всех юридически значимых ситуациях. Это позволяет строить гипотезы о наличии и характере причинно-следственной связи между психотравмирующим воздействием и психическим, в том числе психосексуальным, расстрой-

ством; о прогнозе (благоприятном, неблагоприятном); о степени тяжести вреда здоровью. Все эти гипотезы требуют проверки в ходе экспертного исследования (второй и третий этапы экспертного подхода).

Для установления степени тяжести вреда здоровью (третий этап экспертного подхода) значимыми являются сведения о нарушении адаптации в посткриминальной и следственной ситуациях. Внимание эксперта должно быть направлено, во-первых, на поиск дезадаптирующих проявлений в следующих сферах — школьной, семейной, социальной, трудовой, сексуальной; во-вторых, на особенности проявлений в каждой из сфер, что позволяет предполагать выраженность дезадаптации; в-третьих, на длительность этих проявлений и их динамику под воздействием дополнительных факторов.

При недостаточности объективной информации о формах, длительности и степени выраженности стойкой дезадаптации потерпевшего эксперт должен обратиться с ходатайством о предоставлении необходимых сведений, поскольку восполнение этой информации за счет данных, сообщенных малолетними и несовершеннолетними потерпевшими, часто оказывается недостаточным.

Отказ потерпевших от допросов может быть объяснен ими плохим самочувствием, в том числе и психическим, что позволяет предполагать время начала психического расстройства (первый этап экспертного подхода).

Показания самих потерпевших, а также свидетелей и правонарушителей, как правило, содержат характеристику криминальной ситуации, т.е. сведения о единичности/длительности посягательств, насильственности/добровольности противоправной связи, сочетании сексуальной травматизации с жестоким обращением, сексуальной жестокостью, характере взаимоотношений между жертвой и правонарушителем, степени их знакомства до криминальной ситуации. Однако анализ этих данных без учета индивидуально-психологических особенностей жертвы, наличия/отсутствия у нее понимания характера и значения действий правонарушителя не позволяет составить четкое диагностическое мнение о причинах превращения сексуальных посягательств в специфическую психическую травму в каждом конкретном случае. Некоторые показания потерпевших от многолетних противоправных действий могут содержать указания на момент появления у них информированности о сексуальной направленности совершаемых с ними действий, их противозаконности, осознании их значения на уровне личностного смысла (второй этап экспертного подхода).

Анализ материалов уголовного дела, относящихся к следственной ситуации, может дать представления о частоте и длительности допросов, экспертных исследований, в которых участвует жертва. Это создает объективную картину выраженности дополнительных психогенных воздействий, а также позволяет предполагать возможную дезадаптацию потерпевших в школьной и социальной среде вследствие прерывания учебного процесса, изъятия потерпевшего из среды близких людей,

способных оказать поддержку (второй и третий этапы экспертного подхода).

О различных видах дезадаптации у жертвы могут свидетельствовать ее собственные показания. Например, когда она описывает период возникновения у нее понимания характера и значения совершенных в отношении нее действий, то могут упоминаться их негативные последствия в виде нарушения социальных контактов и т.д. (третий этап экспертного подхода)

Клиническое интервью при проведении комплексного экспертного сексолого-психиатрического исследования.

На каждом этапе экспертного исследования расспрос эксперта-психиатра должен преследовать свои промежуточные цели.

На первом этапе:

— выявление психопатологических феноменов, выраженности, динамики и длительности нарушения психического состояния, что позволяет квалифицировать расстройство в соответствии с МКБ-10.

Следует помнить, что малолетние и несовершеннолетние потерпевшие нередко склонны к диссимуляции, поэтому нужно «специально расспрашивать» о повторяющихся переживаниях, избегающем поведении и повышенной возбудимости. При ПТСР у малолетних кошмарные сновидения не обязательно отражают содержание психической травмы, как это указано в диагностических критериях этого расстройства в МКБ-10 (Ремшмидт Х., 2001).

На втором этапе расспрос должен иметь следующие цели:

— соотнесение начала психического расстройства с той или иной юридически значимой ситуацией;

— установление/исключение отражения в содержании психопатологической симптоматики специфического фактора сексуальной травматизации или сочетанных психогенных факторов;

— установление динамики расстройства в криминальном, посткриминальном и судебно-следственном периодах с учетом воздействия иных факторов — непсихогенных, психогенных (дополнительных, неспецифических);

— установление влияния дополнительных психогенных факторов на развитие (при косвенной причинно-следственной связи) или динамику (при прямой причинно-следственной связи) психического расстройства.

На третьем этапе цели расспроса должны быть следующими:

— установление признаков дезадаптации вследствие психогенных психических расстройств, их временного или стойкого характера, выраженности, охвата семейной, школьной, социальной сфер у малолетних/несовершеннолетних, трудовой и социальной сфер у взрослых. Анализу подлежат выявление зависимости от вспомогательных средств или других лиц способности к обучению, к общению, к самостоятельному, частичному или полному контролю за своим поведением.

— прогноз дальнейшего течения психического расстройства в случае его актуальности к моменту проведения экспертизы.

кого опьянения, патологического аффекта, реакции короткого опьянения, сумеречных расстройств, просоночных состояний, были отнесены импульсивные действия (клепномания, пиромания, пориомания), а также кратковременные расстройства сознания во время родов и в послеродовом периоде (Разумовская Э.Н., 1938). При диагностике исключительных состояний большое значение придавали патологическому предрасположению с чрезвычайным расширением этого понятия. В дальнейшем, по мере накопления опыта, границы этих состояний были сужены, однако до определенного периода они составляли единую группу. Н.И.-Фелинская (1974) указывала, что к исключительным состояниям следует относить только просоночные состояния, а остальные кратковременные расстройства психической деятельности должны рассматриваться в рамках различных нозологических форм, при которых они могут возникать. По ее мнению, выделение исключительных состояний в одну общую группу может быть оправданно лишь практическими целями, а не принципами психиатрической квалификации. В руководствах по судебной психиатрии (1965, 1977) исключительные состояния по своей нозологической принадлежности стали описывать в различных разделах. Так, патологическое опьянение описано в главе об алкоголизме, сумеречные состояния — в главах об эпилепсии и травматическом поражении головного мозга, реакция короткого замыкания — в главе о реактивных состояниях и только патологический аффект и проносочное состояние приведены собственно в главе об исключительных состояниях.

Т.П.Печерникова, М.С.Доброгаева (1986) описывали исключительные состояния как нозологически сборную группу, включающую в себя ряд транзиторных психозов (патологическое опьянение, просоночное состояние, сумеречное расстройство, патологический аффект и реакция короткого замыкания), различных по этиологии, не имеющих нозологической специфичности и характеризующихся неодинаковыми по глубине расстройствами сознания, чаще всего по типу сумеречного.

Исключительные состояния в настоящее время рассматриваются как группа острых расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но во многом сходных по клиническим проявлениям. В процентном соотношении число лиц, совершивших противоправные деяния в «исключительном состоянии», незначительно — 1-2% от общего числа лиц, признанных невменяемыми (Печерникова Т.П., 1998).

Сумеречное помрачение сознания может выступать в качестве единственного и исчерпывающего клиническую картину синдрома при патологическом аффекте, при острых травматических психозах, ганзеровском синдроме, инфекционных психозах; а при исключительных состояниях — и как синдром и как отдельная их форма (Доброгаева М.С., 1989; Печерникова Т.П., 1986, 1989).

Анализ клинических наблюдений, проведенных за 30 лет (1955 — 1984), говорит о том, что исключительные состояния практически невозможно дифференцировать по клиническим проявлениям (во всех случаях имеет место сумеречное помрачение сознания). Это свидетельствует

Подытоживая все вышесказанное, следует подчеркнуть, что описанные методология и мишени анализа при экспертизах потерпевших от сексуальных посягательств позволяют выносить различные экспертные оценки при нозологически идентичных и даже психопатологически сходных состояниях. Используемый подход дает возможность вынести дифференцированные экспертные решения на основе выявления юридически релевантных конкретной ситуации признаков (психопатологических, психологических, сексологических) и избежать неоправданной тактики принятия экспертного решения, когда оно предопределяется диагнозом (Метелица Ю.Л., 1990; Печерникова Т.П. и соавт., 1993).

Литература

Конышева Л.П. Судебно-психологическая экспертиза психического состояния несовершеннолетней жертвы изнасилования. — Автореф. Дисс. ... к.психол.н. — М., 1988. — 20 с.

Коченов М.М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы: Автореф. дисс. д.пс.н. — М., 1991. — 24 с.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М., 1999. — С. 305.

Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 144 с.

Метелица Ю.Л. Критерии судебно-психиатрической оценки психических расстройств, влияющих на уголовно-процессуальную дееспособность. — Правовые вопросы судебной психиатрии (сборник науч. трудов). — М., 1990. — с. 78-85.

Морозова М.В. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза способности давать показания: «Медицинская и судебная психология» курс лекций под ред. Т.Б.Дмитриевой, Ф.С.Сафуанова. — М., 2004. — С. 506-527.

Морозова Н.Б. Психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия (клиника, возрастные особенности, судебно-психиатрическое значение): Дисс. ... доктора мед. наук. — М., 1999. — 339 с.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А., Литвиненко И.В. Психогенные состояния у несовершеннолетних потерпевших: методические рекомендации. — М., 1993. — 19 с.

Печерникова Т.П., Шаихова Б.З. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза малолетних потерпевших // Методические рекомендации. — М., 1995. — 20 с.

Печерникова Т.П., Кадина Т.И., Смирнова Т.А., Гусинская Л.В. Процессуальная дееспособность потерпевших // Материалы XII съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 484-485.

Печерникова Т.П. Психические нарушения как телесные повреждения в свете нового уголовного законодательства // Материалы международной конференции (Москва, 16-18 февраля 1998). — М., 1998. — С. 164-165.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А. Виктимологические аспекты агрессивного поведения // Глоссарий терминов относящихся к агрессивному поведению при психических расстройствах. — М., 1999. С. 33-40.

Печерникова Т.П., Морозова Н.Б. Виктимное поведение несовершеннолетних жертв сексуального насилия // Психиатрия на рубеже тысячелетий. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 457-459.

Печерникова Т.П. Функциональный диагноз при судебно-психиатрической экспертизе потерпевших // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. — М., 2001. — С. 148-163.

Печерникова Т.П., Бутылина Н.В. Психические расстройства у жертв сексуального насилия и их судебно-психиатрическая оценка как тяжести телесных повреждений // «Серийные убийства и сексуальная агрессия». — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 402-404.

Печерникова Т.П., Смирнова Т.А., Цыро И.В., Шутилов Б.У. Сексуальное насилие: оценка тяжести вреда здоровью // Российский психиатрический журнал, Москва, 2004. — №5. — С. 43-48.

Проселкова М.Е., Козловская Г.В., Платонова Н.В. Психические расстройства у детей после сексуального насилия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — М., 2006. — Т. 106. — №12. — С. 20-23.

Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М.: Изд-во ЭК-СМО-Пресс, 2001. — 624 с.

Ситковская О.Д., Конышева Л.П., Коченов М.М. Судебно-психологическая экспертиза по делам об изнасилованиях: в кн. «Новые направления судебно-психологической экспертизы». — М., 2000. — С. 99-108.

Смирнова Т.А., Догадина М.А. К проблеме оценки вреда здоровью несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник №39. — Москва: ГНЦСиСП им. В.П. Сербского, 2001. С. 171-181.

Смирнова Т.А., Цыро И.В. Психическое расстройство как следствие насилия: судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших по определению тяжести вреда здоровью // Российский психиатрический журнал, 2003. — №4. — С. 31-36.

Шишков С.Н. Психическое расстройство потерпевшего как разновидность уголовно наказуемого причинения вреда здоровью // Юридический вестник, информационно-аналитический бюллетень. — Екатеринбург, 1998, — №14. — С. 42-45.

КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

М.В. Усюкина

В учебниках по судебной психиатрии, изданных в последние десятилетия, указывается, что временное психическое расстройство в формуле невменяемости охватывает различные по продолжительности болезненные процессы, оканчивающиеся «выздоровлением». Неустойчивость и колебания экспертных решений в отношении временных психических расстройств говорит об отсутствии однозначных подходов к определению их диагностических границ. Анализ причин подобных колебаний диагностики кратковременных расстройств ограничивается констатацией тенденции к их росту — с 4% в 1940-е годы до 21,7% — в 1990-е (Пархоменко И.М., 1999). С 60-х годов в понятие временного психического расстройства входят «исключительные состояния», на которые в 20-е годы приходилось около 20% всех случаев невменяемости, в 30-е — 5-7%, в 40-е — 1-2% и в последующие годы — менее 1%. Этот процесс в 30-е годы сопровождался также постепенным отказом от некоторых диагнозов (аффектэпилепсия, травматический психоневроз), при которых невменяемость обосновывалась преимущественно наличием исключительных состояний в момент совершения ООД.

Таким образом, при очевидном росте диагностики кратковременных психических расстройств диагностика исключительных состояний на сегодняшний день сводится на нет, что говорит об определенной спорности самой концепции исключительных состояний как обособленных от иных форм психической патологии.

В МКБ-10 отсутствует понятие «исключительное состояние», представлено лишь патологическое опьянение, которое содержится в разделе «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ».

Само понятие исключительных состояний (его содержание и границы) с течением времени претерпело значительные изменения. Ранее в эту группу включали разнообразные психические расстройства. Так, в учебнике по судебной психиатрии (1938) исключительные состояния трактовались как внезапно возникающие болезненные расстройства душевной деятельности, ограниченные относительно коротким течением времени, развивающиеся обычно «на почве какой-либо недостаточности». К собственно исключительным состояниям, помимо патологичес-

необходимо проводить анализ поведения обвиняемого в условиях судебного-следственной ситуации с оценкой его способности осуществлять активную и целенаправленную деятельность по защите своих прав и законных интересов, эффективно сотрудничать с адвокатом. Если подэкспертный может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать показания, не нуждается в применении к нему принудительных мер медицинского характера, а все имеющиеся у него психические расстройства ограничивались лишь пароксизмальным расстройством (сумеречное помрачение сознания) на момент ООД, он может участвовать в судебном заседании («... может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать показания за исключением периода психотического состояния, во время которого было совершено инкриминируемое ему деяние»).

Выбор мер медицинского характера в отношении лиц, перенесших кратковременные расстройства психической деятельности, должен быть дифференцированным и обусловлен учетом особенностей клинических проявлений расстроенного сознания, динамики и прогноза заболевания, влияния дополнительных экзогенных вредностей, склонности больных к злоупотреблению алкоголем с агрессивным поведением в состояниях опьянения.

Наличие в анамнезе больных органической недостаточности, злоупотребления алкогольными напитками, с учетом личности и общественно опасных действий, является основанием для назначения принудительных мер медицинского характера. Принудительные меры в отношении таких лиц могут быть осуществлены в психиатрических больницах общего типа (Печерникова Т.П., 1998). Однако, согласно утверждениям Мальцевой М.М., Котова В.П. (1983), во время проведения принудительного лечения лицам, перенесшим исключительные состояния, во-первых, не проводилось активных терапевтических мероприятий, а во-вторых, оно было прекращено в течение первого года в связи с отсутствием психических нарушений и неблагоприятной динамики имеющейся органической симптоматики. По мнению авторов, назначение принудительного лечения в этих случаях не является достаточно обоснованным ни в клиническом, ни в юридическом отношении. Поэтому представляется оправданным назначение амбулаторного принудительного лечения в тех случаях, когда исключительные состояния возникают у лиц, ранее не злоупотребляющих алкогольными напитками, при нерезко выраженной органической почве.

По данным С.В.Абрамова (2003), идеальной моделью для назначения амбулаторного принудительного лечения больным с продуктивно-психотическим механизмом ООД является кратковременное психотическое состояние, закончившееся практическим выздоровлением, при котором, однако, сохраняется почва для возможного повторения психоза. Этим требованиям, по мнению автора, соответствуют сумеречные состояния, развившиеся под влиянием каких-либо внешних провоцирующих воздействий у лиц с резидуальным органическим поражением головно-

об общих патогенетических механизмах, обусловленных особенностями почвы: в 90% наблюдений, по данным Т.П.Печерниковой, М.С.Доброгаевой (1986), — это органическая неполноценность в результате перенесенных травм головы, нейроинфекции и т.д. В формировании исключительных состояний, протекающих с сумеречным помрачением сознания органического генеза, по данным Т.П.Печерниковой и М.С.Доброгаевой (1987), большое значение имеют резидуально-органическая почва и хроническая алкогольная интоксикация. Согласно данным Г.Н.Дорофеевко (2000), проводившего сравнительное исследование подэкспертных с исключительными состояниями с испытуемыми с кратковременными неисклительными психическими расстройствами, у 73,5% лиц с исключительными состояниями в анамнезе отмечались черепно-мозговые травмы, причем у 46% из них наблюдались тяжелые формы течения острого периода ЧМТ. 1/5 часть больных страдала хроническими соматическими заболеваниями, а у 13% — диагностировалась гипертоническая болезнь. В целом органический фон был достаточно выражен у 80% больных, церебрально-органическая патология выявлена у 63%, а в дальнейшем наблюдалась неблагоприятная динамика с гидроцефально-гипертоническим синдромом.

Таким образом, становится очевидным, что в основе так называемых исключительных состояний присутствует именно органическая неполноценность, которая, однако, не достигает той необходимой клинической выразительности, чтобы можно было диагностировать органическое психическое расстройство. В свете этого, в принципе, можно рассматривать группу кратковременных психических расстройств как достаточно однородную в этиопатогенетическом отношении, а само по себе состояние, подпадающее под квалификацию кратковременного, — как симптомокомплекс основного психического расстройства.

При всех исключительных состояниях органического генеза, по данным И.Н.Введенского (1950), Т.И.Гордовой (1966), В.П.Белова (1983), наблюдаются общие закономерности формирования синдрома сумеречного расстройства сознания, которые проявляются типичными симптомами, характерными для этого вида патологии сознания при отсутствии или наличии продуктивной психопатологической симптоматики.

По клинической картине сумеречные расстройства сознания полиморфны: от состояний глубокого помрачения сознания (по типу психомоторного возбуждения) до разнообразных состояний с психотической симптоматикой в виде иллюзий, галлюцинаций и аффективно насыщенного бреда.

До настоящего времени не утратили своей значимости описанные

К. Jaspers общие *признаки синдромов помрачения сознания*. Необходимо подчеркнуть, что лишь *совокупность этих признаков* дает основание квалифицировать это состояние как синдром помрачения сознания, поскольку отдельные признаки могут наблюдаться при других психопатологических симптомокомплексах, не имеющих никакого отношения к синдромам помрачения сознания (Тиганов А.С., 1999).

Следует напомнить, что первый признак синдромов помрачения сознания — *отрешенность от окружающей действительности*, проявляющаяся затруднением или полной невозможностью восприятия окружающего. Отрешенность может проявляться аффектом недоумения, сходного с состоянием здорового человека, пытающегося что-то понять или встретившимся с чем-то непонятным. Второй признак — *дезориентировка в окружающем*, т.е. в месте, времени, окружающих лицах, собственной личности. Третий признак — *нарушение мышления*, заключающееся в слабости или невозможности суждений, бессвязности мышления. О характере нарушений мышления судят по речи, которая становится бессвязной. Четвертый признак — *амнезия периода помрачения сознания*.

Однако классических вариантов сумеречного помрачения сознания наблюдается все реже, что приводит к сложности диагностики указанных состояний, с одной стороны, и патологической активности и социальной опасности больных — с другой. Патоморфоз синдромов расстроенного сознания обусловлен особенностями органически измененной почвы, возрастным фактором и массивными экзогенными воздействиями, среди которых большое значение принадлежит не только алкогольной интоксикации, но и иным интоксикациям (отравление угарным газом, органическими растворителями, лекарственными препаратами, наркотиками и т.д.), а также перенесенным инфекционными заболеваниями головного мозга (тяжелый грипп, энцефалиты, менингиты, арахноидит, хронический отит).

Э.И.Разумовская (1935), наблюдая исключительные состояния в судебнопсихиатрической практике, пришла к выводу, что в состоянии расстроенного сознания могут осуществляться агрессивные тенденции, «сознательно или неосознанно бродившие в больном прежде». Т.Н.Гордова (1938) отмечала, что вопрос об амнезиях при сумеречных состояниях является спорным, подчеркивала необходимость изучения перехода в содержание состояний нарушенного сознания детских переживаний, аффективно в свое время насыщенных, потом забытых и позднее продуцируемых больными только в состоянии неясного сознания.

У обследуемых больных первым признаком описанных состояний был постепенный разрыв вербальной связи с окружающими, которые вспоминали, что больные вдруг начинали заговариваться, «нести какую-то ерунду» и т.д. При этом удавалось уловить и другие начальные проявления нарушенного сознания, когда в речевой продукции отражались неверное восприятие окружающего, изменение смысла происходящего. Однако окончательно связь с происходящим еще не обрывалась, что свидетельствовало о некоем переходном режиме мозга. В этот период сознание больного постепенно заполняется внутренними образами, все более вытесняющими восприятие реальности. Среди этих внутренних переживаний, независимых от внешних обстоятельств, нередко начинали доминировать более ранние, иногда относящиеся к периоду детства,

которые как бы накладывались на актуально существующие события. Воспоминания об этом этапе развития сумерек нередко сохранялись либо амнезировались фрагментарно. Так, больной Б. утверждал, что потерпевший назвал его «внуком белогвардейского генерала», из чего он заключил: тому было известно, что так его называли преподаватели в училище. В данном случае речь шла об актуализации в сознании более ранних, относящихся к детству, негативных переживаний со смещением объекта, т.е. о преобладании регрессивных форм поведения.

В последнее время при производстве экспертизы в ряде случаев диагностируется ориентированное сумеречное помрачение сознания, включающее элементарную ориентировку в окружающем (узнавание близких, отрывки самосознания) при внешне упорядоченном поведении, амнезию своих поступков и действий при отсутствии бреда и галлюцинаций.

Еще К. Jaspers (1923) выделял «ориентированные сумерки», во время которых больные сохраняли ориентировку, путешествовали, но «иногда совершали странные поступки». А после завершения состояния измененного сознания относились к нему как к чужому. При этом амнезия может быть ретардированной, т.е. отсроченной, когда непосредственно после разрешения сумеречного помрачения сознания в течение нескольких минут или часов сохраняются воспоминания о произошедших событиях и своем поведении, однако в дальнейшем наступит полная амнезия.

Дискуссионным до настоящего времени является вопрос о возможности повторения исключительных состояний. Большинство авторов считают, что эти состояния, являясь «исключительными» по своей природе, не имеют тенденции к повторению. Вместе с тем еще О.Н.Докучаева (1960) описывала случаи повторного патологического опьянения, Т.П.Печерникова, М.С.Доброгаева (1986) — сумеречного помрачения сознания.

Экспертная оценка так называемых кратковременных психических расстройств не вызывает сложностей (ст.21 УК РФ — «временное психическое расстройство»).

К клиническим показателям общественной опасности различных форм расстроенного сознания относятся внезапность возникновения и быстрота развития этих состояний, наличие психотических расстройств (бред, галлюцинации, иллюзии), напряженность аффекта, психомоторное возбуждение с немотивированной, иногда генерализованной агрессией к окружающим.

Определенные трудности вызывают определение процессуальной дееспособности, а также необходимость назначения принудительных мер медицинского характера, если данное психическое расстройство возникает у лиц с «минимальной (пограничной) психической патологией». При этом согласно алгоритму экспертных действий при определении психического состояния обвиняемого, влияющего на его уголовно-процессуальную дееспособность (Горинов В.В., Цехмистро О.Ю., 2006),

жении всей жизни индивида, к затыжным — психические расстройства, существующие не менее года, а также аномальные состояния или дефекты психического развития.

К категории тяжелых относятся такие психические расстройства, которые не только имеют достаточно выраженные проявления, но и значительно снижают критические способности, нарушают поведение, лишают больного способности принимать осознанные решения.

Что касается больных, представляющих потенциальную общественную опасность, то до 1997г. они входили в группу специального учета, формировавшуюся врачебной комиссией, персональный состав которой устанавливался главным врачом ПНД. К ним относили больных: а) совершивших ООД, что повлекло последующее применение мер медицинского характера, б) отбывавших до установления психического заболевания наказание за совершенные преступления, в) имевших в структуре психоза симптомы, обуславливающие потенциальную общественную опасность, г) страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами, на почве которых в прошлом развивались психотические состояния, приведшие к признанию их невменяемыми.

В дальнейшем внебольничная психиатрическая служба проделала определенный путь развития, был разработан ряд законодательных документов, направленных на регламентацию оказания психиатрической помощи больным с повышенным риском совершения ООД.

В настоящее время действует Приказ Министра здравоохранения РФ и Министра внутренних дел РФ №133/269 от 30.04.1997г. с утвержденной им «Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов Внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных деяний лиц, страдающих психическими расстройствами». Последней предусмотрено выделение из числа психически больных, подлежащих диспансерному наблюдению, категории пациентов, представляющих потенциальную общественную опасность — группы активного диспансерного наблюдения (АДН). Как следует из указанной инструкции, АДН подлежат лица, страдающие хроническими и затыжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а равно лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ) согласно ст. 99, 100 УК РФ.

Хотя содержание лечебно-профилактической работы внебольничного психоневрологического учреждения (подразделения) с больными, подлежащими АДН и АПНЛ, существенно не различается, введение категории АПНЛ сделало контингент больных, подлежащих особому наблюдению, более многочисленным и повысило степень ответственности медицинских работников, осуществляющих это наблюдение (поскольку АПНЛ назначается, продлевается и прекращается по решению суда).

Решение о включении в группу лиц с психическими расстройствами, склонных к общественно опасным действиям, а также о выведении

го мозга. Именно в этих случаях, с одной стороны, имеет место истинно временное психическое расстройство, а с другой — сохраняется, хотя и невысокая, вероятность рецидива.

Данная форма принудительного лечения показана в тех случаях, когда лицо отличается относительной социальной сохранностью, по своему психическому состоянию способно осознавать смысл применяемой меры и организовать свое поведение сообразно предписаниям врачей (Котов В.П., Мальцева М.М.2004).

Литература

Абрамов С.В. Клинико-социальная характеристика невменяемых, направленных на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра: Автореф.дис...канд.мед.наук. — М.,2003. — 20с.

Белов В.П., Докучаева О.Н., Демонова Д.П. Клинико-нозологическая характеристика синдромов расстроенного сознания в судебно-психиатрической практике // Кратковременные психические расстройства в судебно-психиатрической практике. — М., 1983. — С.72-79.

Введенский И.Н. Исключительные состояния // Судебная психиатрия. — М., 1950. — С.296-310.

Гордова Т.И. Некоторые варианты расстройства сознания в отдаленном периоде ЧМТ в судебно-психиатрическом аспекте // Проблемы сознания. — М., 1966. — С.520-527.

Горинов В.В., Цехмистро О.Ю. Уголовно-процессуальная дееспособность обвиняемых с психическими расстройствами: Аналитический обзор. — М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2006. — 40с.

Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической клинике: Автореф. дис... д-ра мед.наук. — М.,1989. — 44с.

Докучаева О.Н. К вопросу о возможности повторения патологического опьянения // Практика судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1960, №2. — С.95-101.

Дорофеенко Г.Н. Кратковременные расстройства психической деятельности и их судебно-психиатрическое значение: Автореф. дис...канд.мед.наук. — М.,2000. — 27с.

Котов В.П., Мальцева М.М., Шапкин Ю.А., Яхимович Л.А. Виды принудительных мер медицинского характера и показания для их применения // Руководство по судебной психиатрии. — М., 2004. — С.464-479.

Мальцева М.М., Котов В.П. Особенности принудительного лечения лиц, признанных невменяемыми в связи с временными расстройствами душевной деятельности // Кратковременные психотические расстройства в судебно-психиатрической практике.— М,1983. — С.140-146.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Современное понимание так называемых «исключительных состояний» в судебно-психиатрической клинике // Журн.невропатол. и психиатр.им. С.С.Корсакова. — М., 1987 №12. — С.1827-1832.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С. Исключительные состояния в судебно-психиатрической практике // Судебно-медицинская экспертиза. — М., 1986 №3. — С.43-46.

Печерникова Т.П. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) // Судебная психиатрия. — М., 1998. — С.343-354.

Разумовская Э.Н. Практика так называемых исключительных состояний по материалам Института им. Сербского // Судебно-психиатрическая экспертиза, ее практика и задачи. — М., 1938. — С.73-87.

Фелинская Н.И. Место исключительных состояний в классификации психических болезней // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1974 — С.84-87.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ (ООД) ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Л.А.Яхимович

Предупреждение ООД психически больных находится в центре внимания специалистов на протяжении всей истории развития судебно-психиатрической науки. Осуществление профилактических мероприятий всегда возлагалось на службы психиатрической помощи. В настоящее время существует целостная система профилактики ООД, которая заключается в дифференцированном и последовательном применении разных видов принудительного лечения (ПЛ), в последующем диспансерном наблюдении, а также в проведении различных реабилитационных мероприятий, включая оказание социально-правовой и бытовой помощи.

В психиатрической литературе на эту тему важное место занимают работы Т.П.Печерниковой, посвященные теоретическим проблемам стационарного принудительного лечения психически больных (1973, 1978, 1986, 1994, 1996), мотивации совершенных ими ООД (1975), дискуссионным вопросам законодательства о применении мер медицинского характера (1989), а также работа по правовым аспектам диспансерного наблюдения лиц с психическими расстройствами, выполненная вместе с соавторами (Тихоненко В.А., Харитоновой Н.К., 1993).

Придавая большое значение в профилактике ООД психически больных роли внебольничных медицинских служб, Т.П.Печерникова (1993) подчеркивала, что установление диспансерного наблюдения способствует своевременному выявлению признаков обострения заболевания и проведению соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий.

В связи с наличием элемента недобровольности при осуществлении этой меры Т.П.Печерникова и соавторы (1993) указывали на необходимость соблюдения ч.1 ст.27 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», где представлены критерии установления диспансерного наблюдения: психическое расстройство должно быть хроническим или затяжным, болезненные проявления — тяжелыми, а также стойкими или часто обостряющимися.

Авторы дали пояснения каждой из этих категорий. Например, к хроническим они относили психические расстройства с длительным течением — от нескольких лет до нескольких десятков лет и даже на протя-

и правовая помощь для улучшения жилищно-бытовых условий больного, трудоустройства или решения вопросов пенсионного обеспечения.

Целесообразно привлекать к работе с больными и другие службы, например, органы социальной защиты, когда речь идет о больных позднего возраста или инвалидах. Существенную помощь может оказать направление больного в лечебно-производственные мастерские. Если больной дезадаптирован в быту, проживает в асоциальном окружении, часто меняет места проживания, избегает контакта с участковым психиатром и не соблюдает режима наблюдения в ПНД, это может послужить основанием для изменения меры медицинского характера на более строгую — стационарное ПЛ.

Говоря о показаниях для прекращения АПНЛ, необходимо отметить, что помимо данных клинического обследования (устойчивое улучшение психического состояния) следует ориентироваться на объективные сведения, полученные от членов семьи, соседей, сотрудников милиции, социального работника. Важным критерием является достижение определенного уровня бытовой адаптации с формированием социально приемлемого образа жизни, появлением соответствующих интересов и забот, причем при условии достаточной длительности наблюдения (до 2 лет).

Изложенные в работе клинические и социальные показания для назначения и отмены АДН и АПНЛ имеют важное значение для профилактической деятельности учреждений, оказывающих внебольничную психиатрическую помощь, поэтому предложенные Т.П.Печерникова научные разработки в этом плане не утратят своей актуальности и в дальнейшем, внося существенный вклад в теорию и практику судебной психиатрии.

Литература

Абрамов С.В. Клинико-социальная характеристика невменяемых, направленных на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. — М., 2003. — 20 с.

Дмитриев А.С., Лазько Н.В., Винникова И.Н. Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении больных с психопатоподобными расстройствами в условиях амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях. Материалы рабочего совещания, г.Тверь, 21-23 сентября 2004 г. — Тверь, 2006. — С.120-127.

Котов В.П., Мальцева М.М. Особенности диспансеризации психически больных, представляющих общественную опасность // Новые формы организации и диспансеризации больных. — Курск, 1984. — С.59-63.

Котов В.П., Мальцева М.М. Основные направления деятельности психоневрологических диспансеров по профилактике общественно опасных действий психически больных // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. — М., 1987. — С.44-74.

из нее в каждом конкретном случае принимается комиссией врачей-психиатров на основании медицинской документации психиатрических стационаров, а также данных, полученных врачами психоневрологических диспансеров.

Критерии для установления АДН остались в основном теми же, что применялись для включения психически больных в группу специального учета (существовавшего до 1997г.).

Если отбор больных по такому признаку, как совершение в прошлом преступления или общественно опасных действий, затруднений, как правило, вызывает, то наибольшие трудности возникают, когда врач на основании особенностей клинико-социального статуса сам должен сделать вывод о потенциальной общественной опасности больного.

В таких случаях Т.П.Печерникова и соавторы (1988) рекомендовали принимать во внимание ряд психопатологических механизмов, играющих ведущую роль при совершении ООД. Наиболее криминогенными они считали следующие продуктивно-психотические механизмы: «бредовая защита», «бредовая месть», «императивный галлюциноз». Среди негативно-личностных расстройств ими были выделены: «общественно опасный стереотип поведения», «ситуационно аффектогенный», «пассивно подчиняемое поведение», «импульсивный».

Наибольшую опасность в плане повторных ООД, по мнению авторов, представляют больные с эксплозивным вариантом психопатоподобных расстройств и со сформировавшимся «общественно опасным стереотипом поведения». Как показывает опыт, чаще всего именно этот контингент больных нуждается в совместном наблюдении ПНД и органов МВД.

Что касается лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых в ПНД, Т.П.Печерникова (1983, 1989) указывала на необходимость индивидуального, дифференцированного подхода и на примере паранойяльных больных рассматривала амбулаторный вариант лечения в некоторых случаях как более эффективный по сравнению со стационарным, акцентируя внимание на проведении психокоррекционных мероприятий с большим удельным весом медико-педагогических и психотерапевтических воздействий.

Вопрос отмены АДН является столь же сложным, как и его назначение. Т.П.Печерникова и соавторы (1993) подробно анализировали критерии прекращения диспансерного наблюдения в соответствии со ст.27 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», где указывается, что основными показаниями в таких случаях являются выздоровление или значительное и стойкое улучшение психического состояния лица. Они подчеркивали, что восстановление психического здоровья при выздоровлении от психических заболеваний следует оценивать в сравнении с его доболезненным уровнем, а не с гипотетической «идеальной» нормой.

Под «значительным улучшением» предлагалось понимать такие состояния, когда исчезают не все болезненные проявления психического расстройства, а лишь тяжелые стойкие или часто обостряющиеся (на-

пример, выраженные аффективные, бредовые, галлюцинаторные расстройства), а также достаточную компенсацию слабоумия, сглаживание или коррекцию дефектов личности при условии восстановления социальной адаптации.

Необходимым условием является стойкость этого улучшения (например, отсутствие неблагоприятной динамики в течение 1,5 — 2 лет).

Как правило, помимо длительной стабилизации психического состояния пациента показаниями к отмене АДН являются регулярность посещения ПНД, обязательный прием предписанной терапии, отсутствие за период наблюдения повторных ООД и других форм делинквентного поведения, а также хотя бы частичное решение существовавших бытовых проблем.

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

Следует сказать, что проблеме внебольничной профилактики ООД психически больных посвящены многочисленные работы сотрудников ГНЦ социальной и судебной психиатрии им В.П.Сербского, особенно в последние годы (Котов В.П., Мальцева М.М., 1984, 1987, 1995, 2004, 2006; Абрамов С.В., 2003; Яхимович Л.А., 2005; Шапкин Ю.А., Яхимович Л.А., 2006; Дмитриев А.С., Лазько Н.В., Винникова И.Н., 2006; и др.).

При этом особенно большое внимание уделяется вопросам амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ) лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших ООД и подлежащих освобождению от уголовной ответственности или от наказания согласно ст.21 и ч.1 ст.81 УК РФ, как относительно нового вида ПЛ, введенного в отечественном законодательстве в 1996г.

Как подчеркивают авторы (Котов В.П., Мальцева М.М., 1995; Абрамов С.В., 2003; Яхимович Л.А., 2005; и др.), в тех случаях, когда ООД обусловлено психотическим состоянием (продуктивно-психотические механизмы ООД), показанием для назначения АПНЛ является совершение ООД в состоянии временного психического расстройства или психического обострения (приступа) хронического психического расстройства, которые ко времени проведения экспертизы полностью купировались и не оставили после себя каких-либо клинических проявлений, требующих стационарного наблюдения или лечения. Необходимым условием является также сохранность социальной адаптации больного и его способность к соблюдению режима наблюдения в ПНД.

Главной задачей психоневрологического диспансера, осуществляющего АПНЛ, является предотвращение рецидива состояния, приведшего к совершению ООД. На своевременное выявление признаков начинающегося обострения заболевания направлены требования инструктивно-методических документов, которые регламентируют необходимость ежемесячного обследования пациента психиатром.

При обострениях, не сопровождающихся возрастанием общественной опасности больного, ему, как правило, назначается соответствующая активная терапия в амбулаторных условиях. Пациент может быть направлен в дневной стационар или в больницу, однако вопрос об изменении принудительной меры медицинского характера перед судом чаще всего не ставится.

В тех случаях, когда обострение заболевания влечет за собой усиление общественной опасности, например, при рецидиве галлюцинаторно-бредового состояния, ранее приведшего к совершению ООД, больного следует срочно стационаризовать в психиатрическую больницу, при необходимости — в порядке недобровольной госпитализации (вплоть до привлечения милиции), и одновременно возбудить перед судом ходатайство об изменении амбулаторной меры медицинского характера на более строгую — принудительное лечение в стационаре.

Клинические критерии отмены АПНЛ больным с продуктивно-психотическими механизмами ООД основываются на констатации стойкой ремиссии или интермиссии с отсутствием на протяжении достаточно длительного периода признаков активности процесса. Не меньшее значение имеет также устойчивость социальной адаптации.

Больной и его родственники информируются, что после отмены АПНЛ необходимо регулярно наблюдаться у психиатра в связи с возможностью рецидива.

При негативно-личностных механизмах ООД АПНЛ показано, если деликт был совершен под влиянием объективно возникшей ситуации (ситуационно спровоцированные ООД) по типу «эмоциональной бесконтрольности», «интеллектуальной несостоятельности», «повышенной внушаемости и подчиняемости» при отсутствии психопатоподобных расстройств с преобладанием стеничности, повышенной инициативности, эгоцентризма, лидерских тенденций, а также склонности к алкоголизации и наркотизации.

Отмеченные особенности больных с негативно-личностными механизмами ООД обязательно учитывают при практическом осуществлении АПНЛ. Усилия врача диспансера должны быть направлены не только на предотвращение рецидива определенного болезненного состояния как источника его опасного поведения, но в значительной степени на коррекцию микросреды, в которой находится пациент.

Иногда это не представляет особых трудностей. Больной может иметь полноценную семью, не только оберегающую его от конфликтов и иных неблагоприятных обстоятельств, но и способную с помощью врача правильно оценить его состояние, проконтролировать выполнение врачебных назначений, поддерживать контакт с диспансером. Все это должно быть в полной мере использовано в системе профилактических мероприятий.

Когда ситуация складывается не столь благополучно, достижение положительных результатов возможно с помощью проведения семейной психотерапии и психокоррекции. Иногда бывает необходима социальная

Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой

Под редакцией
академика РАМН Т. Б. Дмитриевой
доктора медицинских наук А. Ю. Березанцева

Зав. редакцией В.С. Залевский

Редактор М.М.Игнатенко
Компьютерная верстка Л.О.Пережогин

Сдано в набор . .09. Подписано в печать . .09.
Формат 90x60/16. Бумага офсетная № 1. Печать офс.
Усл. печ. л. 13,5. Тираж . Заказ . Цена договорная.

Набрано и отпечатано в редакционно-издательском отделе
Федерального государственного учреждения «Государственный научный
центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
119992 ГСП-2, Москва, Кропоткинский пер., 23.

Котов В.П., Мальцева М.М. Первичная профилактика общественно опасных действий психически больных // Руководство по судебной психиатрии. — М., Медицина, 2004. — С.443-455.

Котов В.П., Мальцева М.М. Клинические аспекты первичной профилактики опасных действий психически больных // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях: Материалы рабочего совещания, г.Тверь, 21-23 сентября 2004г. — Тверь, 2006. — С.37-43.

Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. — М., 1995. — 256с.

Печерникова Т.П. Принудительное лечение и реадaptация психопатических личностей с паранойяльными состояниями // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Л., 1973. — С.227-229.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Мартыненко В.П. Значение мотивации общественно опасных действий психически больных для их социальной реадaptации // Тезисы докладов 6-го съезда невропатологов и психиатров. — М., 1975. — Т.1. — С.416-419.

Печерникова Т.П. Принудительное лечение и другие меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим общественно опасные действия // Судебная психиатрия. — М., 1978. — Гл.5. — С.65-80.

Печерникова Т.П. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим ООД // Судебная психиатрия. — М., 1986. — Гл.7. — С.61-76.

Печерникова Т.П., Тихоненко В.А., Харитоновна Н.К. Диспансерное наблюдение // Новые виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. — М., 1993. — С.58-67.

Печерникова Т.П., Березанцев А.Ю. Вопросы организации и проведения принудительного лечения больных олигофренией // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — М., 1994. — С.64-72.

Печерникова Т.П. Некоторые вопросы организации и проведения принудительного лечения больным олигофренией // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. — Орел, 1996. — С.105-106.

Шапкин Ю.А., Яхимович Л.А. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра больных с продуктивно-психотическими механизмами совершения общественно опасных действий (лечебно-реабилитационные программы) // Профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами во внебольничных условиях: Материалы рабочего совещания, г.Тверь, 21-23 сентября 2004г. — Тверь, 2006. — С.133-140.

Яхимович Л.А. Дифференцированные критерии назначения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра // Материалы XIV съезда психиатров, 15-18 ноября 2005. — М., 2005. — С. 322.

Содержание

Предисловие	3
<i>Т.П.Печерникова.</i> Особенности проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз (лекция)	5
Труды Т.П. Печерниковой	20
<i>С.В. Абрамов.</i> Проблемы внебольничной профилактики ООД больных шизофренией	37
<i>С.А.Алтынбеков, Р.Г.Илешева, Л.Е.Базарбаева, А.Т.Бабыкпаева.</i> Учитель, наставник и друг казахстанских психиатров. Памяти профессора Т.П.Печерниковой	42
<i>А.Ю. Березанцев.</i> Некоторые проблемы общей психопатологии в контексте научного наследия Т. П. Печерниковой	47
<i>В.Г. Булыгина.</i> Значение функционального патопсихологического диагноза для социального прогноза в судебно-психиатрической практике	56
<i>В.В. Вандыш-Бубко, М.В. Гиленко.</i> Клинико-возрастные особенности органических психических расстройств	64
<i>В.В.Горинов, И.М.Ушакова, С.А.Васюков, С.В.Данилова.</i> Судебно-психиатрический диагноз: соотношение медицинских и психологических критериев	73
<i>Д.А.Дианов.</i> Исторические аспекты судебной психиатрии в научном творчестве Т. П. Печерниковой	81
<i>А.С.Дмитриев, И.Н.Винникова, Н.В.Лазько, А.В.Оспанова.</i> Проблемы реадaptации больных шизофренией с паранойяльным типом ремиссии в условиях амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра	86
<i>М.А.Качаева, Л.С. Сатъянова.</i> Вклад профессора Т.П. Печерниковой в изучение проблемы психических расстройств у женщин, совершающих агрессивные действия в отношении своих детей	93

<i>Ф.В.Кондратьев.</i> Экспансивный бред или бредоподобное фантазирование?	101
<i>Е.В.Королева.</i> Современные аспекты посмертной судебно- психиатрической экспертизы в гражданском процессе	118
<i>И.А. Кудрявцев.</i> Саморегуляция общественно опасных действий при патологии характера	129
<i>Д.А. Малкин.</i> Клинико-экспертные критерии несделкоспособности	135
<i>И.П. Мамонова, Н.В. Лазько.</i> К вопросу об актуальности судебно-психиатрической экспертизы с участием врачей смежных специальностей (на примере роли невролога)	146
<i>Н.Б. Морозова, Т.А. Смирнова, В.Д. Бадмаева, И.В. Цыро.</i> Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших: поиски путей совершенствования	152
<i>В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, А. В. Канищев.</i> Кратковременные аффективные состояния в судебно-психиатрической практике: критерии диагностики и экспертной оценки	161
<i>Ф.С. Сафуанов.</i> Роль Т.П. Печерниковой в становлении и развитии комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы	170
<i>А.А.Ткаченко, Е.Ю.Яковлева.</i> Методология и мишени экспертного анализа при судебном комплексном сексолого-психиатрическом освидетельствовании потерпевших — жертв сексуальных посягательств	179
<i>М.В. Усюкина.</i> Кратковременные психические расстройства при органических психических расстройствах	199
<i>Л.А.Яхимович.</i> Клинические аспекты внебольничной профилактики общественно опасных действий (ООД) психически больных	207