

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ШИЗОФРЕНИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ КРИМИНАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ

Вопросы демографической безопасности в Республике Беларусь требуют проведения эффективных мероприятий по защите населения от различных противоправных посягательств. Их совершают не только психически нормальные лица, но и больные, страдающие различными формами психических расстройств. Значительный удельный вес среди данной категории больных, совершивших общественно опасные деяния (далее – ООД), занимают пациенты с шизофренией (более 50,0 % всех подэкспертных, попавших в поле зрения специалистов судебно-психиатрической экспертизы). Особенности протекания психических процессов при шизофрении определяют их криминогенность и позволяют отнести данное психическое расстройство к факторам риска совершения преступлений.

Функционирование психики человека определяется наличием и взаимодействием ряда психических процессов: ощущения и восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоций и двигательной-волевой сферы, сознания. Ее нормальная деятельность позволяет нам правильно оценивать себя, свои внутренние ощущения, окружающий мир, планировать и реализовывать свои намерения, определять и реализовывать элементы деятельности, т. е. вести себя разумно и законопослушно. Возникающая при шизофрении дезорганизация психических процессов приводит к неправильной оценке больным реального мира и своего места в нем, действиям антисоциальной направленности.

Шизофрения (от греч. «schizo» – расщепляю, «phren» – душа, ум, рассудок) – это психическое заболевание неустановленной этиологии, протекающее хронически в виде приступов или непрерывно и приводящее к характерным изменениям личности и различными по степени выраженности другими психическими расстройствами, часто приводящими к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. При этом личная, профессиональная и социальная деятельность страдают в результате появления странных ощущений, нарушений мышления и двигательных дисфункций. Больные теряют контакт с реальностью по ключевым каналам получения и переработки информации. Кроме того, они могут испытывать галлюцинации устрашающего содержания или бред императивного (повелительного) плана, что делает поведение больных агрессивным, импульсивным, непредсказуемым и способствует возникновению криминогенных ситуаций.

Шизофренией страдает каждый сотый человек в мире. Семьи этих больных испытывают выраженный «эмоциональный пресс», живут в состоянии по-

стоянного психоэмоционального напряжения, а 7,0–15,0 % пациентов с шизофреническим процессом по разным данным кончают жизнь самоубийством. Большой риск заболеть шизофренией имеют люди с наследственной генетической предрасположенностью, низким уровнем дохода, в равной степени как мужчины (раньше заболевают и более тяжело болят), так и женщины, проживающие длительное время в тесном контакте с больным шизофренией, социально неустроенные – разведенные, одинокие, испытывающие негативное воздействие экстремальных характеристик окружающего их мира.

В противоречие с существующим законодательством вступают 18,0 % от всех учтенных больных шизофренией, причем среди них преобладают мужчины, которых по данному признаку вдвое больше, чем женщин. Криминогенность этой категории больных часто связана с несвоевременной диагностикой психического расстройства, отсутствием адекватного превентивного лечения шизофрении.

Проявления шизофрении разнообразны и определяются нарушением нормального протекания психических процессов, их расщеплением, характерными изменениями структуры психологических функций, определяющих утрату продуктивного контакта с окружающим миром (прежде всего, в виде расстройств эмоций, мышления и поведения). В итоге это является предрасположением для совершения ООД. Криминогенность шизофрении или возможность больных стать жертвой преступления определяется особенностями протекания отдельных психических процессов, которые создают предпосылки для совершения противоправных действий или снижают способность к самозащите: расстройства восприятия, прежде всего галлюцинаций, нарушают правильное отношение к внешнему миру и могут вести к действиям, представляющим социальную опасность; расстройства мышления в виде различных бредовых идей также могут вызвать ответные агрессивные действия, например, для бреда отравления типичны высказывания: «Сосед пытается меня отравить...»); нарушения памяти на поздних этапах развития шизофрении не дают возможности полезно использовать прошлый личный опыт; снижение интеллекта делает больного более внушаемым для других лиц и в силу этого склонным к алкоголизации, совершению асоциальных поступков; расстройства сознания по глубине характеризуется разной степенью отрешенности от внешнего мира, прекращением деятельности и потерей контактов, что может быть причиной беспомощности человека, а он сам становится при определенных обстоятельствах потенциальной жертвой преступления; расстройства сознания психотического уровня в виде галлюцинаторно-бредовых нарушений часто бывают причиной ООД в связи с якобы имеющейся необходимостью «защитаться», «нападать», «разрушать» и даже «убивать»...

Нарушения внимания и памяти для больных шизофренией, как правило, не характерны. Они остаются как бы «за занавесом» от глаз наблюдателя. Эмоциональное же восприятие больным окружающего и своих переживаний все

время находится на авансцене. Удовлетворенность или неудовлетворенность, интерес или равнодушие, беспокойство, подавленность, опасение, страх, предвкушение приятного, воодушевление, радость – любое из этих состояний накладывает своеобразный отпечаток на весь облик больного человека. Эмоции как бы «окрашивают» в те или иные тона его интеллект, интересы. Для шизофренического процесса характерно эмоционально-волевое оскудение личности, что делает поведение больного опасным в плане суицида, теряется его целесообразность, создаются предпосылки для реализации содержания галлюцинаторно-бредовых переживаний, особенно императивного характера.

Антисоциальные пациенты имеют ряд особенностей. «Противоправных» больных шизофренией отличает более раннее ее начало, нетипичность внешних проявлений болезни, многоплановость симптомов, преобладание психопатоподобных и бредовых состояний. Совершению преступлений также способствуют своеобразные черты характера в виде преобладания возбудимости, неустойчивости интересов и настроения, расторможенности влечений, перенесенные в прошлом ЧМТ, остаточные явления различных поражений ЦНС, алкоголизация, неблагоприятное влияние социальной микросреды. У них преобладают психопатоподобные черты (52,2 %), галлюцинаторно-бредовая симптоматика (32,0 %). Насильственные ООД, как правило, совершают больные с галлюцинациями и бредом, суицидальные попытки – с депрессией.

Для шизофрении по мере ее развития характерны своеобразные изменения (в поздних стадиях – снижение) интеллекта. Судебно-психиатрическое значение нарушений интеллекта при этом расстройстве состоит в том, что слабые очень внушаемы и, попадая в силу этого под влияние других лиц, могут совершать различные преступления. Под влиянием алкоголя у таких лиц растормаживаются инстинкты, что тоже может явиться причиной различных преступлений, в т. ч. половых.

Больные шизофренией, а также больные со стойкими бредовыми идеями и острыми психотическими состояниями, как правило, в момент совершения преступлений признаются невменяемыми в связи с неспособностью осознавать фактический характер и общественную опасность совершенных действий и руководить ими, и направляются в психиатрическую больницу на принудительное лечение. В редких случаях больные шизофренией со стойкой глубокой ремиссией и полной трудовой адаптацией, отсутствием или нерезким изменением личности могут признаваться вменяемыми.

Своевременное выявление больных шизофренией, постановка их на активный учет в психоневрологических диспансерах с последующей лечебной коррекцией болезненного состояния являются эффективной мерой безопасности от противоправных посягательств как в отношении самого больного, так и населения нашей страны. Многое также будет зависеть от эффективного взаимодействия между органами внутренних дел и учреждениями здравоохранения

по контролю за лицами, страдающими психозами, ранее уже совершившими ООД.

УДК 343.95

*В. И. Мурзич, В. И. Петров*

## **СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТА**

Наши эмоции характеризуют наши переживания на происходящие события, на отношения с другими людьми, отражают реакции на внешние обстоятельства и внутренние состояния организма. Болезненные проявления в эмоциональной сфере человека очень многообразны, от различных кратковременных эмоциональных реакций до выраженных болезненных расстройств, нарушающих индивидуальное функционирование и социальную адаптацию человека.

Биполярное расстройство (далее – БР) (по предыдущей классификации болезней назывался МДП – маниакально-депрессивный психоз) впервые описал Э. Крепелин в 1896 году. Его распространенность, по разным оценкам, от 0,7 до 2,0 случаев на 1000 человек. БР, которое имеет еще одно название – циклофрения, характеризуется периодическим возникновением и сменяемостью типов течения: депрессивных и маниакальных фаз, между которыми наблюдаются различной длительности светлые промежутки (интермиссии). Оно чаще возникает без воздействия внешних факторов, спонтанно. Приступы обычно начинаются постепенно, чаще весной или осенью, с бессонницы и эмоциональных колебаний, возникновения душевного дискомфорта.

Динамика биполярного расстройства различна. Чаще у больных наблюдается возникновение как депрессивных, так и маниакальных приступов (смешанный тип течения). Реже оно проявляется только маниакальными или только депрессивными приступами (униполярный тип течения), а также вариантами непрерывного течения, когда депрессивные состояния без наступления светлых промежутков переходят в маниакальные состояния, – это наиболее неблагоприятный тип течения. В общей динамике заболевания выявляются определенные закономерности. В начале заболевания чаще встречаются маниакальные приступы, позже они становятся реже и начинают преобладать депрессивные приступы. Меняется также и их продолжительность. В начале БР они короткие и удлиняются по мере развития заболевания, соответственно сокращаются и светлые промежутки – межприступные периоды. БР возникает сравнительно поздно, начинаясь как с депрессивного, так и с маниакального состояния. Возраст пациентов чаще колеблется от 30 до 60 лет. Продолжительность приступов различна (от одной недели до нескольких месяцев и более). Характерно то, что