Клиническая и судебная подростковая психиатрия

Издание 4-е, исправленное и дополненное.

Под редакцией проф. В.А. Гурьевой

Москва 2006

1-е изд. — М., 1996

2-е изд. — М., 1998

3-е изд. — М., 2001

Авторы: Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Гиндикин В.Я.,Бадмаева В.Д.

Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Гиндикин В.Я., Бадмаева В.Д.

**Клиническая и судебная подростковая психиатрия**

Под редакцией профессора В.А. Гурьевой

Монография является результатом многолетних исследований, проведенных ведущими специалистами страны, и посвящена наиболее актуальным проблемам подростковой психиатрии. Каждая глава содержит клинические и судебно-психиатрические разработки. В одной из них раскрыты современные представления о механизмах возникновения психических расстройств в подростковом возрасте, о патогенетической роли анормально протекающего пубертатного криза, возрастных закономерностях клинического оформления подростковой психической патологии, их систематике. Большое внимание уделено ранней диагностике, содержанию понятия функционального диагноза, использованию Международной классификации психических болезней (МКБ-10). В книге представлены обобщенные характеристики основных психопатологических синдромов, характерных для подросткового возраста, клиника начальных стадий основных психических заболеваний и расстройств, а также современные данные о профилактике и терапии. Значительное место уделено разработке судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Изложены и прокомментированы положения последнего уголовного кодекса РФ (1997 г.), относящиеся к несовершеннолетним; предложена оригинальная трактовка уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых и потерпевших несовершеннолетних. Дана превентивная постановка вопроса медико-педагогического освидетельствования малолетних (до 14 лет) правонарушителей, раскрыты методология и организация судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, проблемы комплексных экспертиз.

Монография предназначена для детских, подростковых, общих психиатров и судебно-психиатрических экспертов, педиатров, подростковых врачей широкого профиля, медицинских психологов, юристов, социальных работников, занимающихся защитой прав несовершеннолетних.

**Содержание**

Введение (Гурьева В.А.)

Глава 1. Современное состояние подростковой судебной психиатрии (Дмитриева Т.Б.)

Глава 2. Условия, определяющие возрастное своеобразие психических расстройств (Гурьева В.А.)

2.1. Роль возрастного фактора

2.2. Понятие «пубертатный криз», синхрония развития

2.3. Понятие патологической почвы

2.4. Дизонтогенез, его причины и механизмы формирования (Макушкин Е.В.)

2.5. Невропатия

2.6. Отрицательные социально-психологические влияния, депривация

Глава 3. Закономерности клиники психических расстройств в подростковом возрасте (Гурьева В. А.)

3.1. Подростковые психопатологические синдромы и патологические состояния, систематика, судебно-психиатрическая оценка

3.1.1. Дизонтогенез: клинические формы (Макушкин Е.В.)

3.1.1.1. Инфантилизм

3.1.1.2. Задержки развития

3.1.2. Синдром патологического и непатологического фантазирования

3.1.3. Синдром сверхценных образований и его варианты (Гурьева В.А.)

3.1.4. Синдром дисморфофобии

3.1.5. Синдром нервной анорексии

3.1.6. Синдром расстройств влечений

3.1.7. Синдром пубертатной астении, юношеской астенической несостоятельности

3.1.8. Патологический пубертатный криз

3.1.8.1. Гебоидные состояния как вариант патологического пубертатного криза

3.1.8.2. Собственно патологический пубертатный криз

Глава 4. Возрастные особенности клиники отдельных нозологических форм и их судебно-психиатрическая оценка (Гурьева В.А.)

4.1. Расстройства и изменения личности

4.1.1. Группа возбудимых личностей

4.1.2. Группа истерических личностей

4.1.3. Группа неустойчивых личностей

4.1.4. Группа астенических личностей

4.1.5. Группа психастенических личностей

4.1.6. Группа шизоидных личностей

4.1.7. Группа мозаичных личностей

4.1.8. Дифференциальная диагностика

4.2. Ранние церебральные резидуально-органические состояния (Гиндикин В.Я.)

4.3. Алкоголизм, наркомании, токсикомании, игромании (Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В.)

4.4. Шизофрения. Инициальный деликт, криминальная манифестация

4.5. Умственная отсталость (олигофрении) (Гиндикин В.Я.)

4.6. Психогенные расстройства

4.6.1. Систематика психогенно-травмирующих факторов

4.6.2. Клиника психогенных состояний

4.6.3. Острые психогенные аффективно-шоковые реакции

4.6.3.1. Острый психоз страха

4.6.3.2. Острые психозы с синдромом регресса психики

4.6.3.3. Острые аффективные реакции короткого замыкания

4.6.3.4. Острые аффективно-личностные реакции

4.6.4. Подострые психогенные расстройства — реактивные состояния

4.6.4.1. Психогенные депрессии

4.6.5. Индуцированные состояния (Гурьева В.А., Макушкин Е.В.)

4.6.6. Психогенные поведенческие реакции

4.6.7. Психогенные развития личности

4.7. Эпилепсия (Гиндикин В.Я.)

Глава 5. Принципы диагностики в подростковом возрасте (Гурьева В.А.)

5.1. Комментарии к использованию МКБ-10 применительно к несовершеннолетним

Глава 6. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних (Гурьева В.А., Макушкин Е.В.)

6.1. Общие представления о преступности несовершеннолетних

6.2. Современное уголовное законодательство и основные задачи судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних

6.2.1. Комментарии к статьям 20–22 УК РФ

6.3. Понятие уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых подростков

6.4. Принципы психиатрической оценки

Глава 7. Организация судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних (Гурьева В.А.)

7.1. Показания для направления на СПЭН

7.2.. Квалифицированность направления на СПЭН

7.3. Порядок проведения СПЭН

7.4. Выбор вида экспертизы и мер медицинского характера

Глава 8. Комплексные судебные экспертизы несовершеннолетних обвиняемых

8.1. Общие положения (Гурьева В.А.)

8.2. Комплексная СППЭ потерпевших и свидетелей (Бадмаева В.Д.)

8.2.1. Жестокое обращение с детьми, определение и распространенность. Виктимность и виктимное поведение детей и подростков

8.2.2. Психические расстройства, возникающие у малолетних и несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия

8.2.3. Методологические принципы экспертизы потерпевших

8.2.4. КСППЭ по определению «беспомощного состояния»

8.2.5. Уголовно-процессуальная дееспособность малолетних и несовершеннолетних потерпевших

Глава 9. Профилактика и терапия психических расстройств у подростков (Гиндикин В.Я.)

Приложение: образцы заключений СПЭН (Макушкин Е.В.)

Список литературы

Предметный указатель

Сведения об авторах

Аннотация**Введение**

Издание коллективной монографии «Клиническая и судебная подростковая психиатрия» связано с насущной потребностью в современном осмыслении теоретических основ этой новой дисциплины, обосновании причин возрастной специфики психических расстройств, их терапии и профилактики, а также формулировании базисных представлений о теории и практике судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Доказательством востребованности подобных исследований является трехкратное переиздание в очень короткие сроки этой книги (1996, 1998, 2001).

Современные зарубежные издания по подростковой психиатрии не затрагивают судебно-психиатрических проблем, а клинические данные излагаются лаконично, в полном соответствии с ICD-10, что, по нашему мнению, явно недостаточно. Последние отечественные руководства по детской и подростковой психиатрии (Сухарева Г.Е., 1955, 1959, 1974; Ковалев В.В., 1979; Личко А.Е., 1985), длительное время остававшиеся настольными книгами для психиатров, не могли касаться тех общепсихиатрических проблем, которые стали актуальными в 90-е годы закончившегося столетия, и не содержали развернутых разделов по судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних.

Попытка создания монографии, охватывающей в равной мере современные клинические и судебно-психиатрические проблемы подросткового возраста, предпринимается впервые. Можно высказать предположение, что разделение подростковой психиатрии на общую и судебную целесообразно только с практической точки зрения. В плане же научных исследований и учебных руководств такое разделение в известной мере искусственно и обедняет каждую из этих областей, поскольку представить себе судебную психиатрию без клиники невозможно, а отрывать подростковую клинику от нарушений поведения и правовых вопросов вряд ли адекватно.

Защита прав подростков стала в последние десятилетия государственной задачей во всех цивилизованных странах, что нашло свое отражение в соответствующих международных документах. Изучение подростковой психопатологии становится все более актуальным в свете непрекращающихся сложных социально-экономических преобразований в обществе, роста и омоложения подростковой преступности.

Многочисленные публикации в современной периодической печати раскрывают многогранность специфики подростковых проблем (вопросы семейного воспитания, сиротства, усыновления, установления опеки, отбора в специальные учебные заведения и пр.).

Несмотря на большое значение подростковой психопатологии как для общей психиатрии (необходимость знания начальных стадий психических расстройств и их возрастной специфики для правильной терапевтической тактики ведения больного), так и для решения специфических социально-правовых вопросов (способность к обучению, приобретению профессии, установлению устойчивых межличностных отношений; возможность службы в армии, привлечения к уголовной ответственности и пр.), эта дисциплина не получила никакого официального статуса, что затрудняет ее дальнейшее развитие.

По мере накопления знаний в этой области, естественно, растет и расширяется круг нерешенных и спорных вопросов, касающихся как общей, так и судебной подростковой психиатрии (систематика подростковой психопатологии и форм нарушенного психического развития на разных этапах онтогенеза и в период пубертатного криза; изучение предболезненных и инициальных стадий пограничных состояний и хронических психических заболеваний; использование международных классификаций болезней, в том числе МКБ-10; комментарии к новому уголовному законодательству; проблема комплексных экспертиз).

В монографии использована собственная методология: единый понятийный аппарат, клинико-динамический, сравнительно-возрастной, сравнительно-нозологический, комплексный подход к изучению подростковой психопатологии, формулирование дефиниций, понятий, принципов, критериев, нацеленность на изучение общевозрастных закономерностей, выявление связи психических расстройств с нормальной и измененной психологией подростка («подростковый комплекс» S. Holl, 1904), c делинквентным поведением, его мотивацией, использование собственных систематик и комментирование действующих клинических классификаций и современного уголовного законодательства, выделение спорных, дискуссионных положений и их трактовка.

Одним из важнейших концептуальных положений является рассмотрение подросткового возраста как целостного образования, включающего как соматику, психоэндокринный пубертатный статус, варианты патологической почвы, уровень и темп развития, так и психическую сферу, поведение, формы психогенного и личностного реагирования, психосоциальные связи. Любое расчленение этих составляющих с абсолютизацией каких-либо одних факторов приводит к ущербному толкованию клинико-биологических и социально-психологических закономерностей. Однако именно такие факты все еще встречаются как в общей, так и в судебно-психиатрической практике. Например, исходя из принципа целесообразности (устоявшаяся организация психиатрической помощи), в официальных документах подростковый возраст ограничен 15 годами. Это неправомерно разрывает пубертатный период на две части, так как уже доказано, что к 15 годам пубертатный криз лишь достигает своего пика и именно в этом возрасте (и только в случаях идеальной нормы) заканчивается негативная фаза пубертата и начинается позитивная.

В судебной психиатрии освидетельствуются только такие несовершеннолетние, которые достигли возраста уголовной ответственности (14 лет). Несмотря на выраженную тенденцию к «омоложению» преступности, к росту среди несовершеннолетних правонарушителей лиц до 14 лет, а также на то, что чем моложе подросток с криминальным поведением, тем большая вероятность наличия у него психической аномальности, вопросы их социально-правового положения и организации соответствующих экспертных служб практически не разработаны. Не подпадая под действие статей уголовного и уголовно-процессуального кодексов, они не могут быть освидетельствованы комиссией судебных психиатров, как и комиссией подростковых психиатров, поскольку таковых не существует. Они также не могут быть направлены на принудительное лечение, ибо это функция только суда. В результате в спецшколы для правонарушителей очень часто попадают подростки с нераспознанными психическими расстройствами. Для всех подростков до 14 лет с криминальным поведением не существует принудительного срока воспитания, что, естественно, несовместимо с понятием правового подхода.

Приведенные аргументы в пользу важности целостного понимания подросткового возраста, необходимого для разработки адекватных мер по социальной, правовой и медицинской правовой защите несовершеннолетних, нам представляются убедительными и заслуживающими внимания. Нельзя не отметить, что крайний дефицит подростковых кадров (педопсихиатров, патопсихологов, сексопатологов, психоэндокринологов) определяет недостаточный профессионализм в организации и проведении судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних, участие в таких комиссиях специалистов, не знакомых со спецификой подросткового возраста, что влечет за собой большое количество диагностических и экспертных ошибок, а часто делает диагностику случайной.

В предлагаемой монографии особое внимание уделено клинико-психопатологическим характеристикам на синдромальном и нозологическом уровнях. При этом рассматриваются, главным образом, такие психопатологические расстройства, которые являются преимущественными для подросткового возраста (Сухарева Г.Е., 1959).

Новым разделом по сравнению с прежними публикациями является описание соматогенных и соматоформных расстройств в подростковом возрасте.

Статическое понимание клиники психических расстройств давно признано недостаточным и даже ошибочным. В подростковой психиатрии понятие о динамике имеет особый смысл. Речь при этом идет не только о клинической динамике и динамике становления того или иного патологического состояния, но также о том, что любое психическое заболевание протекает на фоне продолжающегося психобиологического созревания, которое, с одной стороны, нарушается под влиянием болезненного процесса (Осипова Е.А.,1940), а с другой — определяет ресурсы реагирующей психики, влияя на клиническое оформление. Речь идет об «идее развития», учение о которой (Kahlbaum K., 1890; Holl S., 1904; Jeckson J.H., 1964; Выготский Л.С., 1983; и др.) составляет краеугольный камень возрастной психической патологии.

В связи с этим большое внимание уделено разработке психического дизонтогенеза как в теоретическом, так и в клиническом аспектах. Это понятие необходимо для построения функционального (структурного) диагноза, имеющего для подросткового возраста особое значение и свое, совершенно своеобразное, содержание (в книге этому понятию посвящен большой раздел). Внимание к указанной составляющей функционального диагноза (дизонтогенез) обусловлено тем, что клиническая квалификация состояния в детском и подростковом возрасте во многом зависит от уровня и темпа психического созревания, а характеристика дизонтогенеза зависит от нозологической формы.

Одной из основополагающих является проблема диагностики психических расстройств, чрезвычайная сложность которой в детском и подростковом возрасте неоднократно подчеркивалась ведущими психиатрами. Именно поэтому большое значение придается формулированию принципов и критериев ранней диагностики, дифференциальной диагностике, сопоставлению разных международных классификаций (DSM-III-R, ICD-9, ICD-10) и собственной систематики.

Проводимые научные исследования и практика показывают значительное несовершенство МКБ-10, особенно в отношении детской и подростковой психопатологии. Неполнота и спорность последней по многим формам подростковых психических расстройств создают необходимость специальной разработки подростковой классификации на уровне национальной.

В книге приведены также современные данные о профилактике и терапии психических расстройств у подростков с учетом совместимости психотерапевтических, психотропных и непсихотропных средств, побочных действий, возрастных ограничений.

Вторая часть книги посвящена судебно-психиатрическим проблемам, использованию современного уголовного законодательства (УК РФ, 1996) и, прежде всего, комментариев к статьям уголовного кодекса, имеющим непосредственное отношение к несовершеннолетним. Речь идет о возрасте уголовной ответственности и «возрастной невменяемости» (п.п. 1, 2, 3 ст. 20 УК) и «ограниченной вменяемости» (ст. 22 УК), уголовно-процессуальной дееспособности (УПД) обвиняемых и потерпевших малолетних и несовершеннолетних. Разработка УПД носит превентивный характер, поскольку это понятие пока не нашло отражения в законодательных актах.

Важное значение авторы монографии придают разработке принципов судебно-психиатрической оценки, формулировке клинических критериев невменяемости и ограниченной вменяемости. Большой раздел посвящен комплексным (психологическим, сексологическим, психиатрическим) экспертизам в отношении обвиняемых и потерпевших несовершеннолетних. Значение этого вида экспертиз, как и частота их назначения, все время возрастают, что определяет важность их дальнейшей методологической проработки.

Определенное место занимают также вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.

Отдельный раздел посвящен экспертизе агрессивного криминального поведения разной природы (социальной, сопряженной с естественно возрастной незрелостью психики, психопатологической).

Иллюстрацией изложенного служат заключения судебно-психиатрических экспертиз, образцы которых представлены в приложении.

Монографию заключает предметный указатель, необходимый в связи с достаточно большим объемом материала, а также с тем, что книга предназначена для разнообразной читательской аудитории.

Профессор В.А. Гурьева

**Сокращения**

АТ — аутогенная тренировка

ВК — воспитательная колония

ВОЗ (WHO) — Всемирная организация здравоохранения

ГД — Государственная Дума РФ

КСППЭН — комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних

КТ — компьютерная томография

МРТ — магнитно-резонансная томография

ООД — общественно опасные деяния

ООН — Организация Объединенных Наций

«Пекинские правила» — минимальные стандартные правила ООН о правосудии в отношении несовершеннолетних (1985)

ПВС —

ПТСР —

РЦ РОС — ранние церебральные резидуально-органические состояния

СПЭ — судебно-психиатрическая экспертиза

СПЭН — судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.

СППЭН — судебно-психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних

УЗДГ — ультразвуковая допплерография

УК РФ — уголовный кодекс Российской Федерации

УПД — уголовно-процессуальная дееспособность

ЧМТ — черепно-мозговая травма

ЭЭГ — электроэнцефалография

ЮНИСЕФ —

ЯМРТ — ядерная магнитно-резонансная томография

DSM-III-R — диагностические и статистические критерии психических расстройств 3-го пересмотра (1987)

ICD-10/МКБ-10 — международная классификация психических заболеваний 10-го пересмотра (1994)

# **Глава 1. Современное состояние подростковой судебной психиатрии**

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

Выделение СПЭН в самостоятельный раздел (Постановление ЦИК и СНК от 7.04.35 г.) было продиктовано потребностями юридической и судебно-психиатрической практики и основано на специфике правового положения несовершеннолетних. В связи с этим в 1935 году в Институте им. В.П. Сербского было организовано специальное стационарное судебно-психиатрическое отделение для освидетельствования несовершеннолетних, которое просуществовало 6 лет — до Великой Отечественной войны — и стало функционировать вновь лишь с 1981 года.

В законодательстве разных стран начиная с 20-х годов прошлого столетия закреплены в числе прочих положения о возрасте совершеннолетия и возрасте привлечения к уголовной ответственности. Два кардинальных вопроса решаются в разных государствах в настоящее время неоднозначно, эти решения и в прошлом не были стабильными. Это свидетельствует об известной условности определения возраста совершеннолетия и уголовной ответственности. Так, в законодательстве США полная уголовная ответственность начинается с 16 лет. Несовершеннолетними в 33 штатах США признаются лица до 18 лет, а в трех штатах — до 21 года. Подростки, обвиняемые в нарушении уголовных законов, в Америке именуются делинквентами и рассматриваются не только как подлежащие наказанию, но и нуждающиеся в социальной помощи и особом контроле. Применяют термин «делинквент» и к лицам в «предделиктном состоянии».

В английском законодательстве несовершеннолетними считаются лица с 10 до 17 лет, причем выделяются две категории: дети до 14 лет и подростки с 14 до 17 лет. Ребенок до 10 лет не может быть привлечен к уголовной ответственности, а до 14 лет он считается ограниченно ответственным. Даже в возрасте 17–21 года тюремное заключение назначается в исключительных случаях.

Во Франции несовершеннолетние в возрасте до 13 лет являются безусловно не подлежащими уголовной ответственности, к ним применяются меры только воспитательного характера. Несовершеннолетние с 13 до 18 лет считаются уголовно ответственными, причем любая мера наказания может сопровождаться, если есть признаки «опасного состояния», назначением «мер безопасности» (надзором за поведением) до 21 года.

В Германии «уголовно-правовое несовершеннолетие» приходится на возраст 14–18 лет, но на молодых людей 18–21 года также может распространяться закон об уголовной ответственности несовершеннолетних. Речь идет о случаях, когда молодой человек по уровню своего развития равноценен подростку либо его деяние характерно для этого возраста. Иными словами, закон учитывает наличие психического ювенилизма и инфантильной мотивации поступков.

Бурный рост преступности несовершеннолетних за рубежом в 50–60-х годах значительно активизировал деятельность криминологов, социологов и психиатров, способствовал оформлению подростковой психиатрии в самостоятельную дисциплину, стал причиной организации национальных и международных союзов, ассоциаций, конгрессов, симпозиумов. К этому времени сложилось четкое представление, что преступность несовершеннолетних — это «мировая проблема», «угроза обществу». В связи с этим в разных странах стали создаваться национальные программы борьбы с преступностью несовершеннолетних, начался поиск мер более действенных, чем привычные уголовно-правовые способы борьбы с ней.

В России личность «трудных» подростков стала активно изучаться в начале XX века (Трошин Г.Я., 1915 и др.). Уже в 1919 году по инициативе В.М. Бехтерева в Москве, Ленинграде и Харькове были организованы специальные медико-педагогические учреждения, институты по изучению личности несовершеннолетних беспризорных и правонарушителей.

После 1936 года, когда «педологическая практика» была «ликвидирована», упразднена Комиссия по делам несовершеннолетних (Компонес), которая ведала судебно-психиатрической экспертизой, работа с психически аномальными подростками с трудным и антисоциальным поведением, по существу, прекратилась. Остались лишь такие учреждения, без которых обойтись было нельзя, например, с 1932 до 1941 год функционировало судебно-психиатрическое отделение для несовершеннолетних в Институте судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Учебники по судебной психиатрии тех лет и сборники Института содержат научные разработки по экспертизе несовершеннолетних (Озерецкий Н.И., Юсевич Л.С.). Однако с 1941 по 1981 год отделение для несовершеннолетних не функционировало.

В России по существующему законодательству совершеннолетними считаются лица, достигшие 18 лет. Возраст, с которого наступает уголовная ответственность, определен 16 годами (ч. 1 ст. 20 УК РФ). За наиболее тяжкие преступления возраст уголовной ответственности снижен до 14 лет (ч. 2 ст. 20 УК РФ). Указанное правовое положение несовершеннолетних связано со сложившимся представлением о естественной возрастной психической и социальной незрелости, определяющей неспособность в полной мере осознавать сложные законы общества и правила поведения в нем, логически мотивировать свои поступки; недостаточность правовых знаний и умения ими пользоваться, незрелость волевых функций, недостаточная сформированность критических способностей и способности адекватно прогнозировать последствия своих действий.

Подростки 14–16 лет могут быть привлечены к ответственности лишь за тяжкие преступления, а несовершеннолетним 16–18 лет могут быть инкриминированы все статьи УК, но при небольшой общественной опасности содеянного к ним может применяться не уголовное наказание, а принудительные меры воспитательного характера и, в частности, помещение несовершеннолетнего в специальное учебно-воспитательное или лечебно-воспитательное учреждение.

Степень выраженности естественной возрастной психической незрелости зависит от многих причин, но при отсутствии психических заболеваний она связана с возрастом несовершеннолетнего или темпом психического развития. Для лиц с несвоевременным созреванием в новом УК РФ введена ч. 3 ст. 20 УК РФ[[1]](#footnote-1)\*.

Таким образом, даже при нормальном психическом развитии несовершеннолетние в возрасте 14–18 лет являются ограниченно ответственными. В уголовном производстве по делам несовершеннолетних могут участвовать их законные представители (родители, опекуны, попечители), а также защитники. Указанные лица призваны во время следствия и судебного разбирательства защищать права несовершеннолетнего. При допросе несовершеннолетнего обвиняемого, не достигшего 16-летнего возраста, по усмотрению следователя или прокурора либо по ходатайству защитника может участвовать педагог.

Защита прав ребенка, в том числе несовершеннолетних правонарушителей (с психическими отклонениями), становится, наконец, и в России задачей государственного масштаба (на международном уровне она активно разрабатывается уже более четырех десятилетий). Многообразие и социальная значимость детских и подростковых проблем, связанных с возможностью получения образования, усыновления, профессиональной ориентацией и отбором, военной службой, уголовной ответственностью и т. п., нашли свое отражение в многочисленных документах ООН как в форме Всемирных деклараций (1924, 1959, 1990), так и Международных конвенций (1985, 1989).

Минимальные стандартные правила ООН о правосудии в отношении несовершеннолетних («Пекинские правила», 1985) также содержат широкий круг положений о диапазоне возраста привлечения к уголовной ответственности с учетом разных законодательств, а также о том, что уголовное законодательство при определении возможности привлечения к уголовной ответственности несовершеннолетнего должно руководствоваться не только формальным признаком «возраста», но и принципом «разумения». Отражением этого являются два положения «Пекинских правил». Одно из них определяет возможность привлечения к уголовной ответственности лиц, достигших возраста уголовной ответственности, лишь при условии определенной социальной зрелости. Второе положение касается лиц от 16 до 21 года. Если по психическому развитию они не вышли за рамки подросткового возраста, то на них распространяется уголовное законодательство, разработанное в отношении несовершеннолетних. В этих же «Правилах» изложены данные о правах несовершеннолетних при их аресте, содержании под стражей, а также о сроках наказания, мерах медицинского характера и иные положения. Собранные в один документ, хорошо систематизированные и лишенные во многих случаях категоричных, неальтернативных формулировок, эти «Правила» должны быть использованы в полной мере и в России, где они пока только приняты к сведению (1985).

Наиболее значимым и всеобъемлющим документом является «Конвенция о правах ребенка» (ООН, 1989), ратифицированная в Российской Федерации в июле 1990 года. Принятые международным сообществом права ребенка приобрели тем самым силу норм международного права. Три основных принципа являются залогом осуществления Конвенции: это знание об ее существовании, понимание провозглашенных в ней прав и необходимость приложения усилий для претворения предложенной программы в жизнь. Наряду с принципами правовой защиты детей от произвола, насилия, жестокости, эксплуатации раскрыты положения об особой защите детей с психическими отклонениями и недоразвитием. Подчеркнуты права личности несовершеннолетних, привлеченных к уголовной ответственности, особый дифференцированный подход к ним в зависимости от возраста, тяжести деяния, особенностей их личности, психики; раскрыты наиболее целесообразные методы психологического обследования и социальной реабилитации.

В соответствии с Конвенцией отправной точкой государственной стратегии в этом направлении должно стать положение о приоритетности задачи правовой защиты несовершеннолетних, наименее защищенными из которых являются социальные и фактические сироты, подростки с нарушенным развитием, соматическим и психическим неблагополучием, разрушенными семейными связями. Именно эти категории несовершеннолетних, по данным наших и многих других исследований, оказываются чаще всего среди контингента правонарушителей, в группе с криминальными девиациями поведения и поэтому нуждаются в особой квалифицированной и дифференцированной защите. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних должна быть не только гарантом правосудия, но и реализацией права подростка на социальную и медицинскую защиту. Такова основная концепция.

Адекватная организация СПЭН становится все более необходимой не только в свете неуклонного роста преступности несовершеннолетних, но и в условиях роста социального сиротства, сохраняющихся безнадзорности и беспризорности детей и подростков, увеличения количества несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, наркотические и иные психотропные вещества. Так, например, по данным ВНИИ МВД (2006), в период с 2002 по 2004 год в стране было выявлено свыше 2,2 млн безнадзорных, беспризорных несовершеннолетних, лишь в 2004 году в органы внутренних дел за различные правонарушения доставлено 1,1 млн несовершеннолетних, в подразделениях по делам несовершеннолетних на учете состоит более 357 тыс. детей и подростков за совершение различных правонарушений, в том числе около 19 тыс. за употребление наркотических средств и одурманивающих веществ. За 10 лет в Москве при росте более чем в три раза преступлений, совершенных несовершеннолетними, в два раза увеличился контингент подростков, совершивших преступления в состоянии алкогольного и наркотического опьянения. Более 60% преступлений совершается несовершеннолетними в группах, соответственно сохраняется актуальность исследования механизмов межличностного взаимодействия в подростковой среде, референтной группе. Особая криминогенная активность в подростковом возрасте подчеркивалась уже давно (Краснушкин Е.К., 1940). В последние три десятилетия отмечается устойчивая тенденция к росту преступности несовершеннолетних, несмотря на снижение численности этой возрастной группы в общей популяции. При этом темп роста преступности несовершеннолетних остается на уровне 14–17%.

Особенно тревожным является увеличение доли насильственных общественно опасных деяний (ООД), совершаемых несовершеннолетними: количество подростков, совершивших криминальные поступки (в том числе и тяжкие), составляет примерно 1/3 от взрослых правонарушителей. В большинстве случаев несовершеннолетние правонарушители — это выходцы из крайне неблагополучных семей. Каждый десятый подросток воспитывался в детском доме или школе-интернате. Подавляющее большинство подростков-правонарушителей до 14 лет обнаруживают психические отклонения. С учетом того, что необходимые меры предупреждения общественно опасного поведения именно в этом возрасте в настоящее время у нас практически не проводятся, а к уголовной ответственности эти подростки привлечены быть не могут, как и быть направленными на СПЭН и принудительное лечение, положение оказывается критическим. В связи с этим все подростки-правонарушители до 14 лет должны обязательно проходить психолого-психиатрическое комплексное освидетельствование и в дальнейшем направляться либо в учреждения с принудительным воспитанием, либо в психиатрическую больницу в порядке неотложной помощи. Поэтому острейшей проблемой является организация детских межведомственных (Министерства образования и Минздравсоцразвития) учреждений с организацией соответствующей комплексной службы, подготовка кадров медицинских и педагогических педопсихологов и детско-подростковых психиатров.

Внушающий серьезные опасения рост преступности несовершеннолетних диктует необходимость разработки комплексных специализированных психолого-психиатрических и социальных программ профилактики преступлений, совершаемых детьми и подростками. В этом отношении предприняты соответствующие государственные меры: с 1999 года в стране действует принципиально новый по содержанию Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», в первую очередь направленный на превенцию и решение социальных проблем безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, в том числе путем усиления координации и урегулирования межведомственного взаимодействия.

Особо следует отметить существование еще одной значимой проблемы — недостаточной остается психиатрическая помощь несовершеннолетним, отбывающим наказание в уголовно-исправительной системе. Исследования, проведенные учеными ГНЦ им. В.П. Сербского, продемонстрировали, что более 50% несовершеннолетних, отбывающих наказание, имеют психические расстройства непсихотического характера (остаточные явления органического поражения головного мозга, личностные аномалии, умственная отсталость, инфантилизм, психогенные состояния), а в 1,4% случаев выявляются нарушения, специфичные для шизофрении. Также в пенитенциарной системе у значительного количества несовершеннолетних преобладают выраженные поведенческие (психопатоподобные) расстройства, требующие не только дисциплинарной коррекции, но и медицинского или психологического вмешательства. В большинстве случаев осужденные подростки вообще никогда ранее не наблюдались психиатром, психологом, соответственно в период судебно-следственного разбирательства им не проводилась судебно-психиатрическая экспертиза.

Многочисленные комплексные обследования (1964–2001 гг.) разных контингентов подростков с делинквентным, криминальным поведением показали, что количество несовершеннолетних с психическими отклонениями среди правонарушителей достигает 50%, а по ряду показателей значительно выше, чем в общей популяции (например, олигофренов среди правонарушителей в 2–3 раза больше, чем в общей популяции). При этом чем младше несовершеннолетние правонарушители, тем больший удельный вес среди них составляют лица с психическими нарушениями. В общей массе преступлений, совершенных подростками с психическими отклонениями, удельный вес убийств в 3 раза выше, чем таких же преступлений, совершенных психически здоровыми несовершеннолетними. То же соотношение обнаружено и при изучении половых преступлений (9,8% против 3,6%).

Несмотря на эти показатели, на судебно-психиатрическую экспертизу направляются около 10% несовершеннолетних, привлеченных к уголовной ответственности. Это приводит к тому, что среди воспитанников воспитательных колоний (ВК) более 60% составляют несовершеннолетние с психическими нарушениями или с задержкой психического развития, включая случаи своевременно не распознанных хронических психических заболеваний. Среди направленных на СПЭ несовершеннолетних подавляющее большинство составляют обвиняемые. Значительно реже речь идет об экспертизе несовершеннолетних потерпевших и свидетелей и совсем редко — об освидетельствовании осужденных.

Эффективность СПЭН до настоящего времени остается низкой в связи с тем, что, как правило, она проводится амбулаторно и к тому же экспертами, не знакомыми со спецификой психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Последнее обстоятельство абсолютно недопустимо. Деятельность подростковых экспертных комиссий в разных регионах страны совершенно разрозненна, не скоординирована ни в организационном плане, ни в отношении принципов диагностики и экспертной оценки. Например, разброс числа несовершеннолетних, признанных в 1990–2001 гг. невменяемыми в Москве и Московской области, составил от 1 до 40%.

Клинико-теоретическая разработка проблемы «ограниченной вменяемости», необходимая в связи с введением в новый уголовный кодекс Российской Федерации самостоятельной статьи (ст. 22), посвященной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (Дмитриева Т.Б., 2001), оказывается недостаточной, так как комплексные (психолого-психиатрические, сексолого-психиатрические) виды экспертиз в подавляющем числе регионов вообще не проводятся из-за отсутствия подготовленных подростковых медицинских психологов. Все это определяет необходимость разработки медицинских, психологических, организационных и правовых аспектов судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.

В целом правильная организация СПЭН определяется:

1) обоснованностью направления несовершеннолетнего на судебно-психиатрическое освидетельствование;

2) адекватностью выбора вида экспертизы;

3) квалифицированностью подростковых специалистов (судебных психиатров, психологов и др.), привлекаемых к проведению СПЭН;

4) использованием апробированных критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки;

5) адекватностью рекомендуемых мер медицинского характера и возможностью их полноценного осуществления.

# **Глава 2. Условия, определяющие возрастное своеобразие психических расстройств**

## 2.1. Роль возрастного фактора

Разный возраст ребенка имеет неодинаковое значение для возникновения тех или иных психических расстройств, но период психобиологического развития, каковым является детство и «подростничество», оказывается в этом отношении наиболее уязвимым.

Психическое развитие у детей вообще происходит неравномерно, однако в определенные периоды оно становится еще и дисгармоническим, когда формирование одних функций отстает от других или их опережает.

Особое значение имеют так называемые возрастные кризы — периоды наибольшей подверженности нервным и психическим нарушениям. Если учесть при этом, что возрастные кризы охватывают 10 лет из 18 (первый криз — 3–4 года, второй — 5–7 лет, третий — 12–18 лет), то становится очевидным, что в целом детский и подростковый возраст является весьма подходящим плацдармом для развития психических расстройств.

Обнаружение четких клинико-возрастных закономерностей возникновения и развития психических заболеваний и патологических состояний, а также характерных для каждого возраста социальных проблем, определило выделение двух дисциплин — детской и подростковой психиатрии. Большое значение в этом отношении имела предложенная еще 127 лет назад английским психиатром G. Maudsley (1870) «идея развития», положенная в основу «психологии развития» и «психиатрии развития». Значение этой «идеи» трудно переоценить, потому что только после ее появления началось изучение зависимости оформления психических расстройств от особенностей психического развития ребенка на том или ином возрастном отрезке.

Обобщая данные различных авторов, изучавших психическое развитие детей на разных этапах онтогенеза, можно выделить следующие наиболее значимые вехи, имеющие основное значение для психологического развития, возникновения патологического реагирования и становления личности.

На первом году жизни ребенок неосознанно сосредоточен на уменьшении психофизического напряжения, связанного с первичными потребностями. Для него существует ограниченный круг положительных и отрицательных сигналов (потребностей), которые он должен удовлетворить: голод, боль, необходимость отправления нужд, сон. Каждая из этих потребностей имеет абсолютно витальное значение и не может быть не удовлетворена. При этом чем педантичнее соблюдается режим, тем скорее вырабатывается положительный стереотип. Неудовлетворение какой-либо из этих потребностей (депривация) может стать поводом для возникновения патологических реакций.

Иными словами, реакции ребенка в самом раннем возрасте обусловлены мотивами непосредственного удовлетворения инстинктов, и в первую очередь — инстинкта самосохранения. Уже на 3–5-й неделе жизни в норме появляется потребность в контакте (социальные функции), правда, сначала только с тем человеком, который обеспечивает возможность выжить. На 3-м месяце отмечается психомоторное оживление и узнавание матери или нескольких лиц, наиболее часто попадающих в поле зрения ребенка. При этом потребность в эмоциональных и социальных контактах быстро возрастает. Чем успешнее проходит этот период, тем лучше прогноз в плане дальнейшего познания мира (Сердюковская Г.Н., 1985). К 8–9 месяцам на первый план у ребенка выступает предметно-манипуляционная деятельность, совершенствуются социальные и эмоциональные контакты.

В последующее время до 3 лет развитие (при благоприятных условиях) проходит спокойно. Первичные потребности остаются мощной мотивационной системой, но пути их удовлетворения становятся все более адекватными. Ребенок может начать делать то, что нравится не только ему, но и родителям, но может при соответствующих условиях становиться все более эгоцентричным. Этот возраст характеризуется полной зависимостью от родителей. К концу этого периода удовлетворение потребностей за счет абсолютной помощи извне из гарантии безопасности превращается в самоцель. Поэтому родители должны способствовать постепенной редукции этой зависимости. Если же это делается родителями грубо, резко, по типу попыток оборвать зависимость сразу, возникает фрустрация (препятствие в удовлетворении потребностей), которая только усиливает зависимость. В норме ребенок уже сам способен удовлетворять элементарные потребности.

Толчком к изучению фрустрации послужили работы З. Фрейда. По П. Фрессу и Ж. Пиаже (1975), реакции на фрустрацию — это эмоциональные реакции, от элементарных до развернутых. Они выделили три формы реакций: в виде агрессивности, отступления и регрессии.

Если до 2 лет преобладает моторное развитие, то последующий период характеризуется быстрым когнитивным развитием и совершенствованием речи. Только в 2–2,5 года ребенок начинает применять к себе местоимение «я». Начинается самопознание. Ребенок начинает понимать, что он — это одно, а мать — совсем другое, что они раздельны и самостоятельны. Попытки создать препятствие на пути самоутверждения ребенка могут также привести к фрустрации и элементарным психогенным реакциям. В это время в норме начинает редуцироваться «сверхзависимость» от родителей. Если мать способствует сохранению чрезмерной связи с ребенком, она способствует его инфантилизации и тормозит развитие. Чем дольше сохраняется чувство сверхзависимости от матери, тем дольше остается абсолютная власть матери. Это может стать источником пассивности ребенка, «цепляния» за мать. При дополнительном стрессе это может принимать патологический характер, что чаще бывает у детей пугливых и неуверенных в себе.

Возраст с 3 до 4 лет — это один из важнейших периодов развития, протекающий критически (первый возрастной криз). В этом возрасте, как и в последующие критические периоды, ребенок становится капризным, ранимым, непослушным, повышенно утомляемым, раздражительным, упрямым, протестующим против власти взрослых, подверженным психогенным срывам. Отмечаются также внутренняя дискомфортность, напряженность, большая чувствительность к депривации, вызывающей фрустрацию (Божович Л.И., 1978). В это время особенно опасно подавлять растущую активность ребенка, способствовать дефициту общения и эмоционального контакта. Последнее может привести к аутизму (замкнутости), речевым расстройствам (задержке развития речи, отказу от общения, речевого контакта). Подчеркивается значение складывающейся к этому возрасту «я-системы» («я сам!») — самосознание, самооценка, желание одобрения своей деятельности. Если эти стремления не поддерживаются взрослыми, игнорируются или подавляются, могут возникать внутренние конфликты (между стремлением, желанием и невозможностью удовлетворения потребностей при выборе между «хочу» и «надо»). Возникают противоречивые переживания, растет эмоциональная напряженность, нарушается поведение, появляется склонность к невротическим реакциям. Если криз сопровождается перечисленными особенностями в полной мере — его уже можно обозначить как преневротическое состояние (Destunis G., 1962). Первые невротические проявления в этом возрасте внешне обнаруживаются поведенческими реакциями (протеста, отказа).

Таким образом, к 3–4 годам ребенок становится существом со своим, хотя и небольшим, но ощутимым психологическим багажом, когнитивными возможностями, социальным опытом, осознанными и неосознанными потребностями и желаниями, самооценкой, уверенностью (или неуверенностью) в завтрашнем дне, своими трудностями общения. От правильного разрешения этих проблем зависит будущее психическое здоровье ребенка. Для нарушения психического равновесия, очень неустойчивого в периоды возрастных кризов, достаточно небольших отрицательных воздействий.

Ребенок может реагировать на какие-то события, ситуации патологически, потому что какой-то раздражитель чрезмерно пугает или подавляет его (неосознанные, психологически не переработанные в сознании ситуации), а может просто усваивать противоречивые требования или отрицательный стиль отношений родителей, который для него становится «моральным» принципом, моделью поведения.

Значение кризов подтверждается фактическими данными. Число психогенных расстройств в период 1-го года жизни в 3 раза выше, чем в последующий «спокойный» возрастной отрезок. Во время второго криза количество реакций вновь увеличивается (Шашкова И.А., 1983).

Второй возрастной криз (5–7 лет) отличается большим участием в его возникновении, наряду с биологическими факторами, социально-психологических причин. Подготовка и поступление в школу сами по себе в известной степени травмируют ребенка.

Многие ученые выделяют значение особенностей психического развития в начале этого криза — в 5,5 года. Подчеркивается, что к этому времени формируется фундамент личности. «Упустить в воспитании годы детства до 5,5 лет — это значит разрушить фундамент будущего» (Гарбузов В.И., 1980).

При нормальном развитии к 5–7 годам уже возникают и своя внутренняя позиция, и психологические установки, и осознанное понимание своего места, своей роли в семье или другой микросреде. Вместе с тем хрупкость нервной системы, неустойчивость психического равновесия, готовность к патологическому реагированию отчетливо проявляются и в этом возрастном кризе. В указанный период обязательность обучения, хождения в школу становится потребностью (Сердюковская Г.Н., 1985). Л.И. Божович (1979) выявила важную закономерность: трудностей у ребенка оказывается больше, если он поступил в школу позже 7 лет. Возможно, это связано с появлением «стадного» чувства («должен быть как все») и стремлением к самоутверждению и рассуждениям — «значит, я хуже». Депривация в этом отношении может сопровождаться внутренним конфликтом и появлением комплекса, сопряженного с неуверенностью в себе. Это очень важная психологическая особенность, поскольку она часто оказывается основой невротических расстройств.

В период второго возрастного криза основой для возникновения элементарных невротических реакций служит склонность к переутомлению и психосоматической астенизации (нарушения сна, аппетита, головокружения, сниженная работоспособность, утомляемость, склонность к страхам и др.).

С поступлением в школу социальное сознание формируется очень быстро (отношение к окружающим, к себе, к учебе, успехи и неуспехи, их переживание и преодоление). К важному выводу пришел в свое время Л.С. Выготский (1960). Согласно его учению, основным содержанием психического развития ребенка является изменение функционального строения сознания, суть которого состоит в том, что на каждой стадии онтогенеза возникают свои нервные связи, своя готовность к восприятию новых психических переживаний. При этом на каждом следующем этапе постепенно начинает приобретать значение какой-либо один психический процесс.

Так, в младшем школьном возрасте это развитие мышления, которое определяет изменения всех других психических процессов. Поступки ребенка становятся осознанными, опосредованными и произвольными.

По мере развития ребенка, накопления жизненного опыта и развития мышления меняется характер деятельности и отношений, возникают новые задачи, растет самосознание. Все большую роль играет воспитание. Школьные занятия только тогда становятся причиной невроза, когда предъявляемые к ребенку требования не соответствуют его возможностям. Неуспеваемость является наиболее частой причиной реакций и неврозов.

## 2.2. Понятие «пубертатный криз», синхрония созревания

Третий возрастной криз является самым длительным (12–18 лет), самым выраженным, сложным и имеющим наибольшее значение для понимания возрастной специфики психических расстройств. Этот криз называют «переходным» от детства к взрослому состоянию.

По мнению Д.Н. Оудсхоорна (1993), слово «пубертат» акцентирует наше внимание на физиологическом созревании, а термин «подростковый возраст» — на психологических и социокультуральных изменениях. В отечественной психологии и психиатрии термин «пубертат» включает и психологические характеристики.

Начало изучения этой возрастной фазы разными специалистами (в области психиатрии, психологии, биологии) относится примерно к одному и тому же периоду (конец XIX — начало XX столетия).

В психиатрии уже в 1890 году K. Kahlbaum дал психопатологическую характеристику пубертатного криза; в психологии же начало изучения этой клинической фазы развития, как и сам термин, связывают с именем S. Holl (1904). Для психологии это было знаменательным, поскольку с понятия «пубертатный криз» началось развитие юношеской психопатологии как науки и ее биогенетического направления. A. Gesell (1956, 1974), так же как и S. Holl, считал, что модель пубертатного криза состоит из чередующихся циклов обновления, интеграции и равновесия.

Следует отметить, что первые исследования не ставили перед собой вопроса, является ли фаза пубертата критической, имеет ли она решающее значение для здоровья и болезни. Это было само собой разумеющимся. Пубертатный криз называли периодом бурных внутренних и внешних конфликтов.

S. Spranger (1925) писал, что криз пронизывает и нравственное развитие, и становление мировоззрения, и преодоление психологических конфликтов. Очень важное положение высказал H. Hoff (1956). Он заметил, что каждая психическая функция формируется только в определенном возрасте на определенном уровне созревания. Новые свойства психики, которые возникают в каждой фазе созревания, проявляются как кризисные и внешне могут напоминать патологические явления, хотя отражают лишь трудности роста (Erikson Е., 1968). К каждому новому свойству психики, возникающему в период созревания, организм должен адаптироваться. Гармоническое соотношение новой функции с уже имеющимися наступает не сразу, кризисы (не один, а множество) присущи пубертату.

Первым, кто четко сформулировал концепцию о единстве биологического и социального в генезе пубертатного криза, был Л.С. Выготский (1924): критические периоды в психическом созревании необходимы, они обусловлены логикой самого процесса развития, включающего не только негативные явления, но и обязательно созидательные; «всякая функция в культурном созревании появляется на сцене дважды, в двух планах — сначала в социальном, потом в психологическом, сперва как внешняя (интерперсональная), затем — как внутренняя (интраперсональная) категории». Пубертат протекает критически только при определенных условиях развития. При этом влияет не «внешняя обстановка развития», а тесное неповторимое взаимодействие постоянно меняющихся среды и ребенка, проходящего определенные стадии развития. Главным новообразованием переходного возраста является «вступление в драму развития» нового действующего лица — самого подростка. «Социальное развитие, которое приводит к образованию личности, приобретает в самосознании опору для дальнейшего развития» (Выготский Л.С., 1984).

Детские и подростковые психиатры многих стран единодушны в признании критического протекания пубертатного периода. Критический характер развития в период пубертата объясняется незаконченностью в формировании разных органов и систем, а также повышенной реактивностью, обусловливающей чрезвычайную чувствительность к психотравмированию. Считается, что пубертат — не банальная перипетия, а критическая фаза с богатыми возможностями и критическими осложнениями. Показателем критически протекающего пубертатного криза является частота психических расстройств и поведенческих нарушений в этом возрасте. Трудности разграничения нормального и патологического созревания связаны с тем, что пубертат и в норме, как правило, оформляется как кризисное состояние.

До настоящего времени не потеряла своего значения концепция Э. Кречмера (1953) о «синхронии созревания». Сам автор назвал это понятие моделью «идеального» развития. Все составляющие психики при «синхронии» созревания развиваются не одновременно, но своевременно. Эта закономерность сложилась исторически и была закреплена в генетической формуле человека. Биологическая же суть синхронии постоянно подвергалась коррекции в ходе развития человеческого общества. Соответствие внешних условий последовательности и поэтапности развития ребенка в постнатальном периоде становится тем решающим фактором, который определяет синхронию развития. Нарушение этой гармонии закономерно для пубертата, но еще не означает патологии.

Некоторые авторы называют пубертат «своего рода революцией». Другие же считают, что подростковый возраст ничего критического не содержит, ибо он «не трансформирует индивидуума» (Heuyer G., 1964), а чрезмерное внимание к этому периоду «означает лишь плохое знание динамики этого возраста» (Lecomte-Lorsigol S., 1941).

Одним из центральных является вопрос о содержании понятия «пубертатный криз». Необходимость его рассмотрения связана с тем, что в последнее время пубертатный период нередко трактуется как «психосоциальный криз» или только как половое созревание. Необходимо отметить, что пубертатный период — это не аморфное статическое состояние, а сугубо динамическое, процесс адолесценции (дозревание подростка), в котором имеются этапность и содержание. Из двух основных процессов созревания (физиологического и психологического) складывается основное содержание пубертатного периода. Эти процессы рассматриваются в тесном динамическом единстве, хотя каждый из них сохраняет известную автономию и неравномерность по форме, функциям, клиническому и социальному значениям. Физиологическое созревание включает в себя наряду с половым метаморфозом дозревание центральной нервной системы, становление биологического и физиологического гомеостаза, системы «гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников-половые железы», нейрогуморальной регуляции. Физиологические процессы, лежащие в основе психического созревания, должны учитываться при возрастной периодизации нормального пубертатного развития. Психологическое развитие заканчивается после полового, а социальное завершает процесс созревания в целом. Обращает на себя внимание, что ко времени формального окончания подросткового возраста (17 лет) выработанные моральные принципы и самостоятельность в выборе решения обнаружены лишь у 10% подростков.

Анализ литературы и собственные наблюдения позволяют заметить, что показатели биологического созревания более устойчивы и далеко не всегда изменяются при психической патологии. Неоправданность отнесения верхней границы пубертата к 15 годам подчеркивалась нами неоднократно. Наиболее образно об этом говорит M. Haslam (1975): «…если учесть, что 14–15-летний возраст в норме соответствует «пику» пубертата, то отнесение верхней границы к этому периоду означает «разрезание пополам» этого важного периода, а следовательно, неоправданно нарушает представление об этом периоде и преемственность во врачебном ведении таких больных, их лечении и организации режима содержания».

Данные современной нейроморфологии о незаконченности созревания мозговых структур (особенно лобных) в 13-летнем возрасте (Смирнов Г.Д., 1972; Селецкий А.И., 1987) и нейроэндокринной регуляции до 17 лет (Bleuler M., 1964) имеют важное значение для понимания сложности и биологической детерминированности становления основных психических функций.

Благодаря работам М. Блейлера (1956, 1964) стало известно, что выделенный им психоэндокринный синдром может быть выражением временных возрастных эндокринопатических нарушений, а это, как известно, возникает нередко на высоте пубертата, его асинхрониях, бурном созревании (Stutte H., 1969). Данный синдром также близок к экзогенному типу реакции (Bonhoeffer K., 1912) и похож на психоорганический (Walther-Buell H., 1963), а иногда клинически неотличим от него. Следовательно, появление этого синдрома (аффективные и астенические нарушения) не всегда означает возникновение стойких эндокринных или органических заболеваний, а может быть выражением функциональной временной дисфункции, в частности возрастной.

Существует достаточно литературных данных о частоте преходящих эндокринопатий в период пубертата, отражающих не эндокринные заболевания, а кризис роста, критический характер созревания. Речь идет о юношеской акромегалоидности, дистиреозе, гипофизарно-надпочечниковой недостаточности в виде проявлений несахарного диабета, кушингоидизма, гинекомастии, ожирения, исхудания и пр. В результате временного ослабления коркового контроля над высшими вегетативными функциями при критическом протекании пубертата нередко наблюдаются преходящая гипертензия, склонность к коллаптоидным реакциям, расстройства терморегуляции, мигренозноподобные головные боли. Приведенные данные свидетельствуют о многогранности физиологического созревания, не исчерпывающегося лишь становлением генеративных функций, о неравномерности этого процесса, его критическом характере, возможности сближения проявлений, отражающих кризис роста, с патологическими изменениями. В публикациях прослеживается тенденция к разобщенному изучению биологической основы пубертатного криза и психологического созревания. Обобщение результатов многих исследований и собственных наблюдений позволяет увидеть важные общие закономерности клиники этого периода, свидетельствующие о взаимосвязи пубертатной психопатологии с нормальной кризисной подростковой психологией, а следовательно, о хрупкости границ между здоровьем и болезнью.

Вопрос о тесноте связей нормального и патологического, границах-переходах (Кербиков О.В.) возвращает нас к теории Э. Кречмера, понятию континуума. Это оправдывает попытку включения выделенных психопатологических симптомов в существующую систему пограничных нервно-психических расстройств.

Начиная с Гомбургера (Homburger H., 1926), резко выраженные психологические особенности подростков стали обозначать как «подростковый комплекс». В это понятие включают такие особенности, как беспокойство, тревогу, склонность к резким колебаниям настроения, меланхолии, импульсивность, негативизм, конфликтность, противоречивость чувств, агрессивность (Buhler Ch., 1931; Gessel A., 1956); сензитивность — чувствительность к оценке другими своей внешности, силы, способностей, умений в сочетании с излишней самоуверенностью, чрезмерным критиканством, пренебрежением к суждениям взрослых (Gessel A., 1956; Личко А.Е., 1985); сочетание чувствительности с поразительной черствостью, болезненной застенчивости — с нагловатостью, жажды признания — с бравированием независимостью, отказа от общепринятых правил — с обожествлением случайных кумиров, чувственного фантазирования — с сухим мудрствованием (Сухарева Г.Е., 1974; Личко А.Е., 1985); а также циклоидность и шизоидность в разных фазах пубертата (Conrad K., 1972); стремление к философским обобщениям, внутренняя противоречивость психики, неопределенность уровня притязаний, склонность к крайним позициям (Levin K., 1960), эгоцентризм юношеского мышления, тяготение к теоретизированию (Пиаже Ж., 1967), диффузное расплывчатое «я», ролевая личностная неопределенность, расстройство временной перспективы, «кризис идентичности» (Erikson E.H., 1974), стремление к освобождению от детской независимости (Spranger E., 1925), оппозиционная готовность, максимализм в оценках, непереносимость опеки, многообразие переживаний, связанных с пробуждающейся сексуальностью, немотивированные колебания настроения (Лебединская К.С., 1969, 1974).

Образное описание психики подростка было дано в свое время П.Б. Ганнушкиным (1933): «Естественный и здоровый протест подростков против часто злоупотребляющих своим авторитетом старших вырастает в бессмысленное упрямство и нелепое противодействие всякому разумному совету. Развиваются заносчивость и самоуверенность. Сдвиг в моторике делает подростка неуклюжим и создает у него одновременно ощущение растущей силы и чувства недовольства собой. Наличие только что пробудившихся новых влечений при отсутствии еще вводящего их в определенные границы серьезного содержания, страстное искание признания собственной значительности и зрелости при невозможности этого добиться — все это побуждает юношу ставить себе цели явно недостижимые, заставляющие его казаться больше, чем он есть, и придает его мимике и жестам оттенок напыщенности и театральности».

Большое значение имеют данные о становлении социализации личности. Так, в младшем подростковом возрасте (12–14 лет) появляются недоверчивость и критичность, безжалостное обличение лицемерия и неискренности взрослых в тех случаях, когда они говорят одно, а делают другое. В ходе отношений, складывающихся со взрослыми, легко теряется уверенность в прочности своего положения.

Важную роль могут играть два аномальных механизма: фиксация уровня морали родителей и фиксация устойчивого негативного отношения к ним (Оудсхоорн Д.Н., 1993). Нарушение «морального» развития чаще происходит в семьях, которые не могут дать ни благополучия, ни примеров социально приемлемого поведения.

У старших подростков появляется отчетливая тенденция к развитию альтруистически ориентированного оценочного спектра. Подросток протестует против социальной несправедливости и хочет изменить весь мир, он не повинуется автоматически, а требует логического объяснения возлагаемых на него обязанностей.

Для адекватного подхода к пониманию закономерностей клиники и патогенеза психических расстройств в подростковом возрасте большое значение имеет теория периодизации индивидуального развития, принадлежащая отечественному эмбриологу К. Бэру (1928) и разработанная в дальнейшем многими учеными (Северцев А.Н., 1939; Орбели Л.А., 1964 и др.). Эта теория с позиции эволюционно-динамического направления стала наиболее адекватной для развития сравнительно-возрастной психологии, возрастной физиологии и детско-подростковой психиатрии. Исследования в области возрастной физиологии показали, что в период онтогенеза новые формы реагирования в норме не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их (Аршавский И.А., 1961).

Ш. Бюллер (Buhler Ch., 1931) разделила пубертатный криз на две фазы — негативную (12–14 лет) и позитивную (15–18 лет), каждой из которых дала обобщенные характеристики. С нашей точки зрения, эта систематика является наиболее адекватной для подростковой психиатрии. Есть определенное преимущественное значение каждой из фаз для возникновения тех или иных психических расстройств.

Все эти данные о нормальном пубертатном кризе необходимо знать, чтобы понять его роль в возникновении или манифестации психических расстройств. «Период полового созревания является тем утесом, о который разбиваются те, кто имеет тяжелую наследственность», — заметил еще Th. Ziehen (1905). N. Petrilowitsch (1961) выделяет в пубертатном периоде пеструю шкалу психопатических реакций — от неустойчивости и импульсивности до аутизма и депрессивных фаз с опасностью самоубийства; с минованием пубертатного возраста все эти явления могут исчезнуть. Подчеркивается также значимость пубертации как опаснейшей биологической фазы развития для неправильного формирования характера.

Роль пубертатного криза в развитии психической патологии может быть различной — от преципитирующей (то есть подталкивающей развитие болезни, начавшейся еще в детстве), патопластической до причинной, этиопатогенетической. Именно в этот период начинаются или обостряются хронические психические болезни, возникают декомпенсации ранних резидуально-органических состояний, происходит бурное формирование психопатий и психопатоподобных состояний, учащение психогенных реакций и невротических развитий, возникновение эпилепсии и пр.

Девиантное течение пубертатного криза уже само по себе может проявляться как психическая патология. Наиболее часто встречаются три описанных ниже варианта.

1. «Психологический криз созревания», который исчерпывается только количественным увеличением присущих этому возрасту психологических особенностей и противоречий, отличается парциальностью отклонений, диспропорциями психического созревания. Вместе с тем симптоматика психологического криза созревания может достигать патологического уровня (например, при гебоидных состояниях). При этом отмечаются:

а) карикатурное и труднокорригируемое стремление к самоутверждению, чаще по механизмам псевдокомпенсации;

б) искажение подростковой эмоциональности, вплоть до степени психоэстетической пропорции (по Э. Кречмеру) в виде сочетания сензитивности с черствостью и жестокостью;

в) оппозиционность, вплоть до враждебности;

г) крайне непримиримый максимализм в оценках и решениях;

д) тенденция к образованию моноидеистических комплексов, сверхценный характер увлечений, поиск абсолютных истин и сверхидеалов;

е) склонность к патологическому индуцированию;

ж) упорная склонность к рефлексии.

2. «Дисгармонический пубертатный криз», который исчерпывается личностными нарушениями по психопатическому и психопатоподобному типам. Соответственно психологический криз созревания здесь выражен более значительно, как и нарушения поведения (вплоть до делинквентных форм), и личностные (патохарактерологические, психопатические) реакции, и социальная дезадаптация.

3. «Патологический пубертатный криз», который включает психические расстройства личностного регистра в виде пубертатной психопатологии (патологические фантазии, сверхценности, невротические и неврозоподобные синдромы, аффективные нарушения, расстройства влечений, гебоидные состояния). При этом симптоматика второго варианта тоже имеет место, но носит факультативный характер.

Выделение состояний, протекающих как патологический пубертатный криз, принципиально важно и для более полного понимания возрастной динамики разных нозологических форм, и для уточнения роли пубертатного криза в генезе психических расстройств, и для решения правовых вопросов. Подростки чаще, чем взрослые, экскульпируются (освобождаются от уголовной ответственности), что связано с частотой патологического протекания пубертатного криза, наличием задержек развития, диссоциированного созревания с массивностью психопатоподобных нарушений, то есть всех тех расстройств, которые составляют возрастную специфику и экспертная оценка которых осуществляется по степени выраженности.

## 2.3. Понятие патологической почвы

Это понятие было широко известно в психиатрии уже в 20–30-х годах текущего столетия. После работ С.Г. Жислина (1934, 1956) представление об этом феномене расширилось, и наряду с «патологически измененной почвой» начали употреблять понятие «временно измененной реагирующей почвы».

К настоящему времени стало совершенно очевидно, что оценить своеобразие каждого конкретного случая психических расстройств невозможно без того, чтобы не проанализировать «почву», на которой они возникают. «Патологическая почва» может играть роль фактора, не только облегчающего возникновение психогений, но и трансформирующего и утяжеляющего клиническую картину, течение и исход других психических заболеваний.

«Патологическая почва» чаще всего появляется в виде последствий ранних резидуальных церебрально-органических поражений головного мозга инфекционного и травматического генеза, невропатии, разных клинических вариантов дизонтогений (задержка интеллектуального развития) или асинхроний развития (инфантилизм), хронических соматических заболеваний; девиантного протекания возрастных кризов, и особенно пубертатного, с многообразными эндокринопатическими и психоэндокринными нарушениями.

## 2.4. Дизонтогенез, его причины и механизмы формирования

Учение о патологической почве в детской психиатрии тесно связано с понятием дизонтогенеза (Сухарева Г.Е., 1959). Включение в понятие патологической почвы дизонтогенеза составляет специфику возрастной психической патологии. Как известно, во «взрослой» психиатрии это понятие применяется редко и только в отношении критических возрастных периодов (инволюционный, старческий).

Дизонтогенез не является ни синдромом, ни нозологической формой, а означает в широком смысле нарушение, искажение онтогенетического развития в результате воздействия разных повреждающих факторов — от генетических и грубых структурных ранних поражений головного мозга и последствий хронических психических заболеваний до функциональных задержек и асинхроний развития психогенного или социального происхождения. По существу, речь идет о развитии с психическим дефектом или аномалиями развития, которые проявляются самостоятельно или входят в структуру более сложных клинических форм.

В современных исследованиях в области детской и подростковой психиатрии (В.В. Ковалев, А.Е. Личко, В.А. Гурьева, К.С. Лебединская, Д.Н. Исаев; S. Lebovici и др.), работах психологов (В.В. Лебединский, C. Wener, P. Kerig) сформировалось положение, согласно которому понимание возрастных закономерностей психических расстройств и их диагностика у детей и подростков невозможны без четкого представления о корреляциях клиники и нарушений психического развития — дизонтогенеза. Это положение нашло отражение и в ряде международных согласительных документов («Пекинские правила», 1985; Конвенция ООН о правах ребенка, 1989; МКБ-10), и законодательных актах (УК РФ, 1996), учитывающих понятия «несовершеннолетие», «уголовно наказуемый возраст», особенности аномального развития и другие.

Изначально термином «дизонтогения» были обозначены девиации внутриутробного развития организма. В последующем понятие стало более емким, поскольку разные исследователи стали связывать с ним нарушения развития вследствие антенатальной, перинатальной и постнатальной патологии. Однако сам термин «дизонтогенез» стал использоваться лишь в 60-е годы XX века, особенно при изучении подростковой психиатрии и психологии. Теория дизонтогенза и асинхроний развития названа D. Langen в 1975 году «эпохальной» для понимания механизмов патологического протекания пубертатного криза.

Наиболее популярна в отечественной детской психиатрии следующая классификация дизонтогенеза: это задержанное, искаженное и поврежденное развитие (Сухарева Г.Е., 1959). Существует классификация, в которой проводятся прямые корреляции между типом дизонтогенеза и нозологической формой: необратимое недоразвитие (умственная отсталость) при олигофрении, дисгармоническое развитие при психопатиях, регрессирующее развитие при дегенеративных и текущих органических заболеваниях центральной нервной системы; альтернирующий тип при асинхрониях развития, диссоциированное развитие при шизофрении, социогенный дизонтогенез при длительных, тяжелых депривациях (Stutte Н., 1963; Лебединский В.В., 1976).

Сопоставление современныхисследований, касающихся систематизации нарушений психического развития в подростковом возрасте, тем не менее, продемонстрировало наличие значительных расхождений в систематике и классификациях дизонтогенеза. При этом расхождения касаются не только обозначения и клинического толкования основных эволютивных феноменов (задержки развития; нарушенное, задержанное, поврежденное и искаженное развитие), но и самого ключевого понятия — «дизонтогенез». Разнообразные подходы к проблеме обусловливают сложность сопоставления результатов исследований, затруднения в их практическом применении. В настоящее время в подростковой психиатрии и судебно-психиатрической экспертизе уточнен методологический подход к диагностике психических расстройств с различными типами и формами дизонтогенеза (Макушкин Е.В., 2002). В целом мы разделяем мнение, высказанное иностранными специалистами Ч. Венаром и П.К. Кериг (2000, 2004), что детским и подростковым психологам и психиатрам необходимо признать связь между процессами нормального и аномального развития, каждый из которых имеет свою специфику. Для этого требуется выявление на индивидуальном, личностном, межличностном и надличностном уровнях конкретных факторов риска, предопределяющих уникальную для каждого ребенка «траекторию развития».

Однако сама по себе систематика многообразных форм психических нарушений, обусловленных нарушенным эволютивным развитием, по-прежнему требует современного клинико-динамического осмысления. Так, например, принятые сегодня международные классификации болезней (МКБ/ISD-10; DSM-IV) подвергаются адекватной критике из-за неспособности учесть измерение возрастного развития в норме. Следует ли говорить, что симптомы (критерии) психического дизонтогенеза трудно квалифицировать на разных этапах развития ребенка, поскольку дизонтогенез далеко не статичное состояние, оно может иметь как положительную, так и отрицательную возрастную динамику. Такие же затруднения могут возникать при оценке коморбидных расстройств в рамках детско-подростковой психопатологии. В подобных сложных случаях становится трудно определить, точен ли множественный диагноз, является ли он следствием недостатка ясных различий между диагностическими категориями или же обусловлен различными ранними проявлениями многообразных форм психопатологии в процессе развития (Cantweell, 1996; Wener Ch., Kerig P., 2004).

Лишь четкая клиническая верификация изменений темпа, массивности, уровня и качества развития во многом предопределяет правильную диагностику психических и поведенческих расстройств, ассоциированных с дизонтогенезом, и их оптимальную судебно-психиатрическую оценку.

При сплошном обследовании 570 подростков было выделено 242 пациента (средний возраст 16,2 года) с различными формами дизонтогенеза, обвиняемых по различным статьям УК РФ. При этом были выявлены и уточнены мультифакторные биологические и социогенные причины психического дизонтогенеза. Установлена многомерность его причин. Оказалось, что одни и те же группы факторов могут определять как нарушение психического развития в целом, так и аномальное протекание пубертатного криза. При этом среди этих сложных причин нарушенного развития всегда можно выделить какие-либо факторы, которыеиграют роль пусковых механизмов — триггеров дизонтогенетического процесса.

Обращает на себя внимание следующее обстоятельство: кризовый характер пубертата у подростков с психическими расстройствами встречается в 50% наблюдений. Это не означает, что в указанный возрастной период отсутствует или исчезает психическая патология. Речь идет о том, что психические расстройства, имевшие место до пубертата, чаще всего в форме психопатоподобных проявлений, остаются в период пубертата на том же уровне, что и до него. В основном это касается тех случаев, когда, во-первых, имеют место не аномалии, а дефекты (повреждения) развития, а во-вторых, эти повреждения более тотальны, более грубы.

При изучении материалов стационарных судебно-психиатрических экспертиз (СПЭН ГНЦ ССП им. В.П. Сербского) психический дизонтогенез регистрируется практически всегда. Лишь в 1% можно отметить относительное нормативное психическое/психологическое развитие без каких-либо поведенческих девиаций, аффективных и волевых расстройств, снижения адаптации в семье и школе, а в целом и без кризисного протекания пубертата.

Практика оценки наиболее сложных клинических и экспертных случаев делает необходимым условием применение структурных («многомерных») диагностических заключений. Так, например, при констатации дисгармонии созревания в структуре функционального диагноза обязательно находят отражение и социальные (ранняя депривация, социально-педагогическая запущенность, безнадзорность, жестокое обращение с ребенком), и биологические (наследственность, психофизическая ретардация и задержка сексуального развития) факторы, поскольку лишь сочетание указанных дизонтогенетических триггеров в детстве спровоцирует нарушение развития и предопределит аномальный тип пубертата в подростковом возрасте. В процессе проведения экспертных доказательств такого рода многомерное обоснование диагностики и девиации психического развития позволит наиболее правомерно применять критерии ст. 22 УК РФ к пациентам с широким спектром психических и поведенческих расстройств, обострившихся в пубертате.

Все возрастные нозологически нейтральные и нозологически неспецифические (иногда, напротив, отчетливо шизоформные) патологические синдромы, подразумевающие «выраженную пубертатную дезинтеграцию психики» (Langen D., 1975) или составляющие суть понятия «патологически протекающий пубертатный криз» (гебоидные и сверхценные состояния, синдромы сверхценных образований, патологических фантазий и астенической юношеской несостоятельности, аффективные расстройства и дисморфоманические переживания и др.), были сопряжены с началом бурного соматосексуального, психофизического, эндокринного метаморфоза (биологические триггеры психического дизонтогенеза).

Сам психоэндокринный сдвиг в пубертате также является триггером нарушенного развития и предопределяет не только появление «нозологически изоморфных» или, напротив, шизофреноподобных симптомов, но также и последующее аномальное психическое (личностный и когнитивный уровни), психосексуальное или психофизическое развитие личности.

Представляет интерес изучение коморбидности нарушенного психического развития по отношению к возрастным психопатологическим синдромам. Существует, например, прямая корреляция между синдромами психического инфантилизма и фантазирования у подростков. Это подчеркивалось и прежними (Кандинский В.Х.), и настоящими исследователями (Гурьева В.А., Лашкова А.В.). Наши данные показывают также, что возникновение, развитие и неблагоприятная динамика синдрома патологического фантазирования, несомненно, тесно коррелируют с явлениями дисгармонической психической незрелости и даже с диссоциированным инфантилизмом (шизофрения). В последних случаях и наблюдаются наиболее патологичные феномены фантазирования: спонтанность, неодолимость, насильственность возникновения нереальных образов, утрата чувства связи субъекта с реальной окружающей действительностью, неуправляемость характером и содержанием фантазий, микстовое сочетание «интра- плюс экстрапроекция фантазий» (в некоторых случаях истерошизоидного преморбида такое сочетание оказалось наиболее патогномонично для шизофренического процесса и, на наш взгляд, могло быть расценено как его предвестник или «форпост-синдром»), невозможность произвольно «выключить» фантазии. Отдельно следует отметить, что в связи с дисгармоничным (вплоть до диссоциированного) развитием иногда не удавалось выявить непосредственные причинно-следственные корреляции между содержанием фантазий и характером деликта. Например, обвиняемый в совершении кражи подросток при судебно-психиатрическом обследовании рассказал о «помимовольных» фантазиях на темы вооруженной агрессии, пыток и серийных убийств.

Также и начало формирования сексуальных девиаций (еще без сопряженности с соответствующими противоправными действиями) может быть выявлено при синдроме патологического фантазирования. В случаях формирования ведущего парафильного синдрома в форме сексуального садизма отмечается трансформация фантазий от тем насилия и жестокости до агрессивно-садистических действий в отношении многочисленных мнимых противников (в том числе родных, педагогов, одноклассников) или представляемых сексуальных партнеров. Схожая динамика трансформации патологической агрессивности прослеживается и при фантазиях, сопряженных с гебоидным синдромом (увеличение численности жертв, расправа с многочисленными заложниками, массовые террористические акты, расовый геноцид). На примере гебоидного синдрома, имеющего эндогенную и пубертатную обусловленность, а также коморбидность со сверхценными, аффективными расстройствами, патологическими фантазиями и психосексуальными нарушениями, выделен и описан феномен гомицидомании в подростковом возрасте (Макушкин Е.В. и соавт., 2000, 2001).

Ранние церебральные резидуально-органические состояния (РЦ РОС), как правило, сопряжены с психическим дизонтогенезом. Анализ клинического материала позволяет проследить динамику нарушенного развития при органических поражениях на разных этапах онтогенеза. В части случаев отмечается относительно благоприятная динамика. Признаки легких «ранних повреждений» нивелируются уже в детстве. В препубертате они не проявляются соответствующими психоорганическими и церебрастеническими симптомами, а также какими-либо психопатоподобными расстройствами или поведенческими девиациями. Однако РЦ РОС представляют наибольший интерес с позиции исследования «патологической почвы». При воздействии социогенных, депривационных и психогенных факторов и формировании расстройств «пограничного уровня» — невротические и неврозоподобные нарушения, заострении преморбидно акцентуированных личностных особенностей — постепенно присоединяются легкие нарушения психического развития в виде асинхроний созревания, нарушения социализации личности, задержанного наступления возрастных кризов, появления аномалий личностного развития.

В судебно-следственной ситуации отчетливо определяется склонность к психогенным патологическим формам реагирования (депрессии на невротическом уровне, эпизоды растерянности, панических атак, фобии), при этом психические расстройства, ассоциированные с пенитенциарным стрессом (Чибисова И.А., 2006), явно преобладают над дизонтогенетическими.

Следует отметить, что патологическая почва в виде РЦ РОС в сочетании с различными (по интенсивности и продолжительности) психогенными воздействиями могут обусловливать разный уровень реагирования: пограничный — невротический и личностный; патологический — психотический (в том числе острые аффективно-шоковые реакции, патологический аффект, острые депрессивные состояния, синдром сумеречного расстройства сознания). Этому соответствуют и разные экспертные подходы.

«Задержанное» психическое развитие в виде синдрома психофизического инфантилизма на фоне РЦ РОС (так называемый «органический инфантилизм») оказалось наиболее распространенным. У 25% подростков с периода препубертата выявляются признаки ретардации психического развития (эмоциональная, поведенческая, волевая, когнитивная сферы). Генез указанной ретардации — сложный, многомерный. После второго возрастного криза (после 7 лет), как правило, уже в начальных классах школы обнаруживаются признаки отставания в психическом развитии, а в наиболее патологичных случаях проявляется и физическая ретардация. В пубертатном периоде при воздействии ряда неблагоприятных социально-психологических факторов своевременно не наступает соматоэндокринный и половой метаморфоз, отчетливо прослеживается нарушенное психофизическое развитие. При известной склонности таких субъектов к индуцированию и подражанию на фоне незрелости и несформированности эмоционально-волевой сферы легко развивается психическая зависимость от ингалянтов и иных психоактивных веществ, усваиваются асоциальные делинквентные модели поведения, принятые в подростковой асоциальной среде. Признаки отмеченного нарушения развития в онтогенезе у лиц с выраженным синдромом психофизического инфантилизма, усилением поведенческих и эмоционально-волевых расстройств в пубертате, ретардацией соматофизического и психосексуального развития при решении экспертных вопросов определяют применение ст. 21 УК РФ. Однако некоторыми СПЭН и комплексными СППЭН в аналогичных случаях (как правило, при амбулаторном освидетельствовании) допускаются самостоятельные психологические заключения в отношении вопроса об «отставании в психическом развитии, не связанном с психическим расстройствам» (ч. 3 ст. 20 УК РФ).

При этом нейрофизиологическое исследование полушарной организации спектра ЭЭГ позволило установить, что параметры электроэнцефалографического спектра при психическом инфантилизме могут использоваться как его объективные диагностические критерии (Киренская А.В., Макушкин Е.В., Ларькина Е.Г. и соавт., 2001, 2006). Свойственные более раннему онтогенетическому этапу изменения в виде генерализованного увеличения спектральной мощности **Δ**, **θ**1, **θ**2 и **α**1 диапазонов и снижения межполушарной когерентности, а также недостаточная дифференцированность реакций по частотным диапазонам при выполнении когнитивных тестов подтвердили задержанное формирование полушарной специализации, выраженное запаздывание созревания нервных сетей левого полушария с дисфункцией лобно-височных отделов головного мозга. Полученные результаты объективно продемонстрировали картину нейрофизиологических отклонений при дизонтогенетических нарушениях *задержанного типа развития* на фоне ранних резидуальных органических поражений головного мозга. Достоверные методы инструментальной нейровизуализации все чаще находят свое отражение при формулировании доказательных заключений в области СПЭН.

Ведущим квалификационным критерием для отграничения «органических расстройств личности» (по МКБ-10) от иных, близких по синдромологическому оформлению состояний могут служить выраженные и стойкие выраженные поведенческие расстройства, сформировавшиеся, как правило, уже в препубертате. Волевые нарушения, а порой и диссоциальные личностные расстройства, агрессивные поступки, жестокость и насилие в отношении жертв, во-первых, обусловлены дизонтогенетической природой (наследственность, органическая почва), а во-вторых, патологизированы самим соматоэндокринным сдвигом в пубертате (10% наблюдений — это личностный, личностно-психоорганический, личностный психоэндокринный уровни психических расстройств), а также повторными травмами, интоксикацией, крайне неблагоприятным (часто криминальным) микросоциумом. Динамика искаженных личностно-органических, когнитивных и аффективных расстройств в пубертате закономерно предопределяет применение ст. 22 УК РФ или (в единичных случаях) экскульпацию пациентов (применение юридической формулы ст. 21 УК РФ — «невменяемость»).

Наряду с личностными характеристиками необходимо исследовать специфику межличностного взаимодействия — роль, лидерство, позицию субъекта в асоциальной среде или среде сверстников.

В некоторых случаях, при очевидной тенденции к лидерству, формируется своего рода зависимость от подростковой асоциальной среды и криминальной субкультуры. При отсутствии качеств лидера и склонности к замкнутости, трудностях межличностного взаимодействия (то есть изначально тормозимых, сензитивно-шизоидных патохарактерологических особенностях) и конфликтных взаимоотношениях в семье (жесткая гиперопека родителей с подавлением самостоятельности — психогенный ме­ханизм дизонтогенеза) на фоне ускоренного полового созревания (пубертатный триггер дизонтогенеза) и ретардированного психического развития (органический триггер дизонтогенеза) формировались расстройства влече­ний с жестокой сексуальной агрессией во время деликтов.

Можно полагать, что характер деликта (агрессия, сексуальное насилие, жестокость, деструкция, гомицидный акт) в какой-то мере является и результатом дизонтогенетического развития (многомерность синдромообразования) субъекта с личностными и органическими расстройствами и нарушениями нормативной социализации, с искаженным (в психологическом аспекте) восприятием действительности, соответствующим игнорированием норм нравственности, морали и права.

С учетом результатов анализа литературы и собственного материала разработана следующая систематика типов дизонтогенеза, уточнены клинико-психопатологические и судебно-психиатрические подходы в оценке нарушений психического развития (Макушкин Е.В., 2001, 2002).

1. Задержанное развитие:

а) аномальные поведенческие девиации;

б) асинхронии созревания (ретардация, акселерация);

в) парциальный (социогенный и соматогенный) инфантилизм.

2. Дисгармоничное развитие.

3. Задержки развития.

4. Искаженное развитие.

5. Дефицитарное развитие.

6. Диссоциированное развитие.

7. Поврежденное развитие.

8. Пубертатный дизонтогенез (дисгармоничное психосексуальное созревание и развитие по диссоциальному типу).

Очень важно, что такая группировка подчинена единым принципам: она охватывает основные формы дизонтогенеза в подростковом возрасте, отражает нарушения развития личностного уровня, включает формы нарушенного развития, встречающиеся в структуре разных нозологических форм.

В обобщенном виде эта систематика может быть представлена следующим образом: 1) асинхронии развития; 2) аномалии развития; 3) дефекты развития.

1 группа. *К асинхрониям развития* относятся количественные нарушения развития: акселерация, ретардация, парциальный социогенный (депривационный) и соматогенный инфантилизм (состояния «неболезненного» характера, подпадающие под действие ч. 3 ст. 20 УК РФ), а также личностный инфантилизм в его «мягком» клиническом проявлении.

2 группа. *К аномалиям развития* могут быть отнесены все виды иска­женного развития, имеющие сложно-сочетанное, количественно-качественное клиническое оформление — дисгармонический психофизический инфантилизм, аномалии развития при личностной патологии и при органическом расстройстве личности, а также диссоциированное развитие при некоторых формах шизофрении и шизотипии на доманифестном этапе.

3 группа. *Дефекты развития* подразумевают варианты задержек и поврежденного развития в виде грубых необратимых нарушений: психопатоподобных, психоорганических, психоэндокринных состояний и изменений личности по органическому, эпилептическому, псевдоолигофреническому и шизофреническому типам. В этой группе психический дизонтогенез наиболее часто сочетается с физическими, эндокринными, сексуальными или другими соматическими нарушениями (коморбидность расстройств), имеет отчетливую прогредиентность и отрицательную возрастную динамику.

Подчеркнем, в данную систематику не могли быть включены тотальные недоразвития (умственная отсталость, детский аутизм, генетические формы тотального дизонтогенеза), выделяемые как самостоятельные нозологические формы, имеющие свою особенную клинику, специфику и иную возрастную динамику.

При этом следует учитывать, что некоторые виды дизонтогенеза (задержанное или задержки развития, диссоциации и пр.) участвуют в формировании клинических картин при разных нозологических формах, но не исчерпывают их и, как правило, не являются облигатной симптоматикой.

Практически полное (почти стопроцентное) совпадение психических расстройств и нарушений психического развития, выявление специфики дизонтогенеза и клинических проявлений, зависимости типов дизонтогенеза от уровня поражения, тесной связи этих закономерностей с возрастными периодами и критическими фазами развития — позволяют полагать, что по характеру дизонтогенеза можно косвенно судить о сущности и даже нозологической форме психических расстройств. Все это определяет обоснованность включения в функциональный диагноз в подростковом возрасте показателей нарушенного развития в форме указания типа (например, «признаки аномалии психического развития») или клинической формы (например, «дисгармоническое развитие личности»).

Анализ клиники и динамики количественных составляющих и раскрытие качественных (структурных) компонентов нарушенного (искаженного, неравномерного, диспропорционального и др.) развития позволил выделить (структурировать) модели его различных вариантов. С позиции клинико-психопатологического метода модель нормативного развития в детско-подростковом возрасте, создаваемая изначально в статике (на любом из временных интервалов возрастного развития), рассматривалась нами как достаточно *целостное синхронизированное* образование, отражающее гармоничность нормального развития. Соответственно в неразрывном (эволютивном и онтогенетическом) единстве представлены шесть базисных взаимосвязанных структурных компонентов психического (психологического), психофизического и психосексуального функционирования. Среди них: *когнитивный* (гностический, познавательный, интеллектуальный), *аффективный* (эмоциональный), *волевой* и *поведенческий*(регулятивный) — психологические компоненты психического развития, а также *соматофизический* (*соматоэндокринный*) — психофизический и *сексуальный* — психосексуальный компоненты развития. Выдвинута гипотеза: с клинико-психопатологической точки зрения взаимосвязанное и неразрывное объединение всех структур и компонентов психической, психофизической и психосексуальной сфер необходимо для понимания *нормативного эволютивного созревания* на любом из этапов (отрезков) развития. Иными словами клинико-динамическая модель нормативного психического развития представляет собой достаточно гармоничную структуру, эта модель включает шесть компонентов, отображенных синхронизировано между собой в динамике на шести временных интервалах: трех кризовых (первый криз в 2–3 года, второй в 5–7 лет, третий в 12–18 лет) и трех внекризовых периодах. Модель проецируется на двух осях — время (t) и темп (Т) развития(рис. 2.1).

**Рис. 2.1.** Структурно-динамическая модель нормативного развития

1. Когнитивный компонент
2. Аффективный компонент
3. Волевой компонент
4. Физический компонент
5. Сексуальный компонент
6. Поведенческий компонент

**T**

**t**

**I**

**II**

**III**

1 2 3 4 5 6

На представленном рисунке темп — это определенная скорость движения тех или иных структурных компонентов развития, а время — показатель своевременности созревания (структурирования) психических функций. Такое построение наиболее полно позволяет учитывать динамику нормативного созревания, анализировать и в последующем сопоставлять варианты искаженного развития с относительной нормой. Это всегда необходимо при клинической оценке состояния несовершеннолетнего, проведении дифференциальной диагностики, построении функционального (структурного) диагноза, принятии экспертных решений (МСЭК, СПЭК).

Структурирование моделей аномального развития становится целесообразным и с прогностической точки зрения, поскольку графическая проекция формирующихся дизонтогенетических расстройств на ранних возрастных этапах позволяет в перспективе с большой долей вероятности обосновывать закономерности клинического оформления аномалий развития в негативную фазу пубертатного периода, достаточно достоверно ожидать его «кризовое» или «бескризовое» течение, что, в свою очередь, необходимо для выбора терапии, подбора и проведения коррекционных программ.

**Структурирование моделей вариантов психического дизонтогенеза.** Построение клинических структурно-динамических моделей с анализом вариантов дизонтогенеза, опосредованием составляющих возрастного развития: психического (интеллектуально-когнитивный, аффективный, волевой и поведенческий компоненты), физиологического (соматоэндокринный, физический и сексуальный компоненты) позволяет наглядно представить патологические отклонения, графически учитывать время их возникновения, изменения темпа созревания. При построении клинических структурно-динамических моделей нарушенного развития в онтогенезе учитывалось, что процесс эволютивного созревания в детско-подростковом возрасте не может быть статичным. Влияние любого повреждающего фактора (например, психогенного или физического) может привести к нарушению относительно равномерного развития, то есть непосредственно к дисгармонии и диспропорции в созревании отмеченных функций и сфер, что при клинической оценке и построении структурно-динамических моделей может дать картину как минимум асинхронного развития.

Полученные нами достоверные данные позволили сделать вывод о том, что *типы дизонтогенеза не бывают статичными по своим характеристикам, их отличает определенная клиническая динамика (с патопластикой и многомерностью синдромообразующих форм), отражающая всю специфику нарушенного возрастного развития.* Воздействие новых дизонтогенетических триггеров может предопределять дальнейшую отрицательную динамику формирования. В этом и проявляется сложная синдромальная патопластика, возможность переходов от одних форм дизонтогений к другим, от одних менее патологичных состояний к более выраженным нарушениям. Однако окончательную квалификацию всей дизонтогенетической динамики у подростков наиболее правомерно проводить во время пубертатного периода после проведения анализа всего развития.

**Рис. 2.2.** Модель задержанного развития (инфантилизм)

**T**

**t**

**I**

**II**

**III**

На рисунке (рис. 2.2) структурирована картина нарушенного психофизического развития (тотальный инфантилизм) с отчетливым появлением признаков задержанного темпа созревания начиная со второго возрастного криза, очерченным отставанием в формировании всех психических и психофизических сфер во время третьего (пубертатного) криза. При этом, по-видимому, на фоне психоэндокринного метаморфоза, корково-подкорковой дизрегуляции, проявлений психоэндокринного синдрома, в первую очередь страдают волевой и регулятивный (поведенческий) признаки (компоненты 3, 6).

*Диссоциированное психическое развитие,* определяемое нами многомерностью нарушений времени и темпа развития, а также «расслоением», попеременным формированием структур психической, поведенческой, физической и сексуальной сфер. *Диссоциация в развитии* — одно из наиболее сложных состояний, крайне патологическое по содержанию. Наиболее часто данный тип психического дизонтогенеза выявляется на ранних этапах при шизофрении (ее доманифестных формах), а также при патологическом течении пубертатного периода, сопряженном с выраженными эндокринными расстройствами. Подобная клинико-динамическая характеристика синдромов дизонтогенеза применима к оценке «*аномальный*» или «*дефектный*» вариант *нарушенного развития*.

**Рис. 2.3.** Диссоциированное психическое развитие

**I**

**t**

**T**

1 2 3 4 5 6

На рисунке 2.3 представлено диссоциированное психическое развития подростка. Патологическая структура и динамика дизонтогенетических и поведенческих расстройств у этого пациента проявились уже во время первого возрастного криза крайне ранней познавательной, интеллектуальной акселерацией (1). Так, в детстве у Ч. отмечены: речь с 8 мес, фразовое построение предложений к 10–12 мес, чтение к двум годам, авторские стихи — к трем. Опережающему интеллектуальному развитию во время второго криза сопутствовали аффективные (2), волевые (3) и поведенческие (6) нарушения, а во время пубертатного периода внезапно наступила интеллектуальная непродуктивность (по типу задержки развития), присоединились парциальная психофизическая (4) и психосексуальная (5) ретардация, что усложнило картину поведенческих отклонений и предопределило совершение серии противоправных поступков против половой неприкосновенности малолетних. При СПЭН производилась дифференциальная диагностика между органическим расстройством личности, патологическим пубертатным кризом и шизофренией. Появление иллюзорно-галлюцинаторных слуховых обманов, рудиментарных параноидных переживаний, впервые проявившихся только в экспертной клинике, не позволяло исключить манифестацию шизофренического процесса с ранним преморбидом в виде полиморфного психического дизонтогенеза. Клинически установлено, при диссоциированном типе дизонтогенеза нарушения имеют выраженные, качественные проявления, обусловленные глубокими (структурными) изменениями функций психики и развития.

Судебно-психиатрический алгоритм экспертных решений при данной обобщенной систематике нарушений развития строится следующим образом (рис. 2.4).

**Рис. 2.4.** Алгоритм экспертных решений при психических нарушениях, обусловленных дизонтогенезом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ч.3 СТ.20 УК РФ | ВМЕНЯЕМОСТЬ | СТ. 22 УК РФ  (ОГРАНИЧЕННАЯ  ВМЕНЯЕМОСТЬ) | СТ. 21 УК РФ  (НЕВМЕНЯЕМОСТЬ) |
| АСИНХРОНИИ АНОМАЛИИ ДЕФЕКТЫ | | | |

В подростковой судебно-психиатрической клинике при оценке психических и поведенческих нарушений, обусловленных психическим дизонтогенезом, необходимым становится комплексное (клиническое, психологическое) исследование характеристик, отражающих нарушения психического формирования, среди них рекомендуется учитывать:

1) неполноценность (несформированность или значительное снижение) уровня когнитивного, интеллектуального функционирования;

2) искажение правильного осмысления криминальной уголовно-релевантной ситуации (ведомость, подчиняемость — в случаях с групповыми деликтами);

3) ограничение (нарушение) рефлексии;

4) уменьшение (либо выраженное нарушение) волевой регуляции поведения;

5) непоследовательность мотивации (нарушения поведенческого компонента);

6) облегченность (вплоть до импульсивности) в реализации поступков;

7) одолимость (неодолимость) влечений (особенно при деликтах, квалифицируемых как «против половой неприкосновенности»);

8) частичность (недостаточность сформированности или грубые нарушения) критики и прогноза;

9) снижение (нарушение) адаптивных способностей (в семье, школе, референтной группе, социуме и в том числе криминальной субкультуре).

Безусловно, при наличии всей совокупности перечисленных признаков всегда правомерным является экспертное обоснование невменяемости несовершеннолетнего пациента (ст. 21 УК РФ).

Клиническая картина, динамика некоторых основных клинических форм психического дизонтогенеза рассмотрены в следующей главе.

## 2.5. Невропатия

Понятие «невропатии» было выделено еще в конце прошлого столетия, но до сих пор лишено четкости.

Невропатия, известная также под названиями «конституциональная нервность», «нервозность», «врожденная нервность», долго присутствовала в клинике внутренних болезней, и особенно педиатрической, поскольку основные жалобы таких детей носят соматический характер, а клинические проявления обязательно включают многообразные соматовегетативные компоненты.

Лишь значительно позже невропатии попали в поле зрения психиатров. При этом некоторые из них относили невропатии к своеобразным диатезам, другие — к конституциональным эндокринопатиям, вегетативной дистонии. В целом невропатия не рассматривалась детскими психиатрами как «болезнь в настоящем смысле слова» (Сухарева Г.Е., 1959), а лишь как функциональное состояние, как «патологическая почва» для возникновения другой психической патологии.

Клиническая картина врожденной детской нервности определяется астеновегетативными симптомами, которые обнаруживаются уже в первые месяцы жизни. При этом ребенок проявляет двигательное беспокойство, плаксивость, капризность, у него отмечаются нарушения сна с пробуждениями, вскрикиваниями, кошмарными сновидениями. Почти у всех таких детей отмечается склонность к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта: спазмам, срыгиваниям, рвоте, поносам, запорам, частым мигрирующим диффузным болям в животе.

В дошкольном возрасте наблюдается нарушение аппетита вплоть до анорексии, избирательность в еде, предпочтение жидкой пищи, склонность к поеданию мела, угля, извести.

В школьном возрасте преобладают функциональные сосудистые нарушения, у некоторых они являются ведущими. Обычно это бледные дети, с острыми колебаниями сосудистого тонуса, при малейшем волнении у них появляются пятна на лице. Отмечается также склонность к обморокам. В двигательной сфере имеют место беспокойство, суетливость, наклонность к лишним движениям (гиперкинезы, тики), нередко присутствует ночное недержание мочи. Склонность к заиканию является частым симптомом невропатии. Отмечается также повышенная сексуальность. Гиперреактивность проявляется не только в отношении неожиданных вспышек света, громких звуков, окриков, но и метеорологических колебаний. При этом возникают расстройства сна, головные боли, головокружения, непереносимость езды в транспорте. Как правило, отмечается вегетативная дистония: резкие колебания пульса и артериального давления при перемене положения тела, склонность к ортостатическому коллапсу.

Наряду с соматовегетативными проявлениями отмечаются также особенности психики в виде раздражительной слабости, повышенной впечатлительности, легкой возбудимости и быстрой утомляемости, истощаемости. В зависимости от преобладания черт тормозимости или возбудимости различают два варианта невропатии. При преобладании истощаемости, неспособности к длительному психическому усилию, невыносливости к любым раздражителям дети отличаются робостью, неуверенностью в себе, испытывают трудности при необходимости быстрого принятия решений, приспособления к новым и меняющимся ситуациям. Легкая ранимость приводит к частым столкновениям с окружающими. Неуспех переживается тяжело. Они стремятся к контактам, легко привязываются, ищут в людях опору. Этот вариант встречается чаще.

При преобладании повышенной возбудимости и раздражительной слабости дети отличаются вспыльчивостью, гневливостью. Однако аффект у них не бывает стойким, он быстро спадает. Аффективные вспышки обычно заканчиваются истощением.

Школьная успеваемость у невропатических детей крайне неровная, с большими размахами успехов и неудач.

Легко возникающие у невропатов психогенные расстройства носят чаще всего характер невротических реакций с вегетативно-соматическими или двигательными расстройствами.

В ясельном возрасте это чаще всего нервная диспепсия, расстройства сна, анорексия. После двух лет нередки невротические страхи: боязнь темноты, одиночества, мелких животных. В дошкольном периоде невротические реакции становятся более разнообразными. Кроме описанных симптомов, легко возникают заикание, мутизм, энурез, тики.

Факт поступления в школу для таких детей может играть роль психогенной травмы. При этом также отмечаются энурез, рвота, страхи, бессонница.

По мере приближения к пубертату (к 12 годам) невротические реакции становятся сложнее и разнообразнее. Усиливаются личностные компоненты невротического реагирования (неуверенность в себе, заниженная самооценка, боязнь не справиться с заданием, повышенный драматизм в переживании неуспеха, возникновение различных невротических реакций).

В период пубертатного криза при психогенных воздействиях нередко присоединяются ипохондрические симптомы: страх за жизнь и здоровье, многочисленные соматические жалобы, фиксация на них, появление навязчивых страхов (фобий) и таких личностных особенностей, как тревожная мнительность.

Невротические реакции на невропатической почве легко принимают затяжной характер и трансформируются в развернутые формы неврозов и невротическое развитие личности. Своевременное врачебное вмешательство может компенсисровать личностные и невротические (в том числе соматовегетативные) расстройства.

## 2.6. Отрицательные социально-психологические влияния, депривация

Социально-психологическая атмосфера, в которой растет ребенок, может выступать как фактор, способствующий или даже определяющий появление признаков дизонтогенеза. Обычно здесь речь идет о функциональных и временных девиациях развития, однако если неблагоприятная среда массивна, длительна, а главное, начинает воздействовать с раннего детства, может формироваться картина, напоминающая тотальную психическую отсталость при олигофрениях. Различия в действии социально-психологических факторов и других причин дизонтогенеза состоят и в качестве наступающих изменений психики.

Социальное окружение ребенка, его «микромир» в первые годы жизни и особенно в младенчестве ограничен одним (мать) или несколькими лицами, которые с ним непосредственно общаются. При бурном психическом развитии, характерном для раннего детства, этот единственный источник связи с внешним миром имеет исключительное значение для своевременного и полноценного развития психики. От того, что может дать родитель положительного в этот период, при прочих равных условиях, зависят последующее психическое развитие ребенка, его эмоциональность, направленность интересов, отношения с окружающими, способность устанавливать адекватный контакт и возможности противостоять социально-психологическим стрессам.

В последующие, после 2–3 лет, периоды социальные влияния становятся все более разнообразными, однако воздействие семьи еще долго должно быть определяющим.

Значение отрицательных социально-психологических воздействий в раннем детстве при возникновении психических расстройств стало осмысливаться и признаваться особенно отчетливо в середине ХХ столетия. Получившие к этому времени широкое распространение работы З. Фрейда и его последователей стали оцениваться критически в отношении идеи «пансексуализма». Как отметил Д. Оудсхоорн (1993), сексуальная травма Фрейда «не выдержала испытания временем, на свет появилось новое понимание психотравмы». Оно связано с именем R. Spitz (1945), который под термином «госпитализм» описал так называемую «анаклитическую депрессию» у младенцев первого года жизни, вызванную разлукой с матерью. Возможность возникновения указанного патологического состояния в раннем возрасте свидетельствовала, с точки зрения автора, об огромном значении для ребенка постоянного общения с матерью.

Эта позиция в дальнейшем получила подтверждение во многих работах детских психиатров и психологов. Большая заслуга принадлежит J. Bowlby (1951), который прибавил «привязанность» к двум основным инстинктам Фрейда (либидо и агрессия) и определил ее как «поведенческий комплекс». Этот комплекс остается активным и в последующей жизни индивидуума, участвуя в формировании взаимоотношений с людьми. По заключению J. Bowlby, «длительное отсутствие материнской заботы имеет выраженные и далеко идущие последствия для всей будущей жизни».

Если отношения родителей к детям в младенческом возрасте имеют исключительное значение для становления эмоциональности, то в возрасте 5,5–6 лет — не меньшее для формирования волевых, личностных и социально-психологических функций. Если это время упущено, указанные психические функции окажутся если не утраченными, то искаженными или дефицитарными.

Вопрос о нарушениях отношений между родителями и детьми имеет непосредственное отношение не только к проблеме неврозов, но и всех пограничных состояний и в детском, и в подростковом возрасте. Эти нарушенные отношения нередко связаны с наличием у родителей невротической и личностной патологии.

Большинство матерей детей с неврозами сами страдают неврозами, и значительно чаще, чем отцы: матери в 62% случаев, отцы в 24%. Обнаружено, что 61% матерей и 36% отцов в детстве имели выраженные признаки нервности. Оказалось, что заболеваемость неврозом наиболее выражена у матерей детей с неврозом страха, меньше — при неврастении и неврозе навязчивых состояний и еще меньше — при истерическом неврозе. Соматическая отягощенность больше всего выражена у родителей с неврастенией, у них выявлены также склонность к авторитарным установкам, стремление к независимости, гипертрофированное чувство «я».

Изучение особенностей личности родителей, дети которых обнаруживали признаки психогенного развития личности, показало наличие иных закономерностей. Выявлено, что родители этих детей обнаруживают, как правило, комплекс очерченных личностных расстройств с педантично-ригористическими установками с яростью и агрессивностью (эпилептоидный тип) или по типу шизопаранояльных проявлений с эмоциональной холодностью, жестокостью, образованием сверхценных комплексов. У этих двух основных типов личностей родителей нередко дополнительно обнаруживаются запойное пьянство, склонность к тяжелым конфликтам и антисоциальному поведению.

В целом для родителей детей-невротиков характерны: 1) сензитивность — повышенная эмоциональная ранимость, склонность застревать на травмирующих переживаниях, относить к себе неприятное событие; 2) неуверенность в себе; 3) тревожность — непереносимость ожидания, неизвестности; 4) внутренняя конфликтность — противоречивость чувств и желаний, моральный дискомфорт, психическая напряженность, проблемы самоконтроля; 5) эгоцентризм — сосредоточенность внимания на своих переживаниях; 6) негибкость; 7) гиперсоциальность; 8) проблемы социально-психологической адаптации (Захаров А.И., 1988).

Выявлено, что внутрисемейные конфликты у родителей детей-невротиков отличаются столкновением противоречивых психологических установок и внешне менее выражены, чем у родителей детей с психореактивными расстройствами, у которых эти конфликты всегда очевидны (сопровождаются избиениями, угрозами, истязанием детей и других незащищенных членов семьи). Конфликты у детей-невротиков с родителями менее часты, чем у детей с психореактивными расстройствами и психогенными развитиями личности. Дети-невротики редко питают устойчивые выраженные чувства к родителям, не умеют отреагировать переживания, склонны накапливать внутреннее напряжение вплоть до появления болезненных симптомов. Дети с психореактивными расстройствами очень часто реагируют появлением негативного и враждебного отношения к тому из родителей, который является источником травмирования. Это отрицательное отношение может становиться устойчивым и сопровождаться протестными реакциями, накоплением аффекта, появлением патологических фантазий и сверхценных ситуационных переживаний, нарастанием аномальных личностных особенностей и последующими аффективными разрядами.

Для детей наиболее травмирующими являются переживания психологической непонятости, обиды, равнодушия, но для детей с психореактивными расстройствами особенно травмирующими бывают сверхсильные воздействия (тяжелое личное горе, издевательства, угрозы, истязания).

Подчеркивается значение личностных характеристик родителей детей-невротиков. Среди них выделяют семь психологических портретов матерей детей с неврозами (Захаров А.И., 1988): «Царевна Несмеяна», «Снежная Королева», «Спящая Красавица», «Суматошная мать», «Наседка», «Вечный ребенок». Подчеркивается значение противоречивых или псевдокомпенсаторных тенденций в характере матерей. Так, завышенная требовательность к детям часто сочетается с отсутствием адекватной требовательности к себе; чрезмерная опека обычно исходит из чувства беспокойства и страха одиночества, ритуальный контроль и педантизм основаны на мнительности и неуверенности в себе; невротически спровоцированная аффективность сочетается с непоследовательностью в обращении с ребенком.

У детей-невротиков часто оказываются неудовлетворенными потребности в заботе и любви, самораскрытии, выявлении своего «я», эмоциональном и двигательном самовыражении (Захаров А.И., 1972; Гарбузов В.И., 1977 и др.).

Отмечается, что у депрессивных личностей, росших, как правило, в многодетных семьях, неустойчиво, противоречиво подчеркнуты персистентные связи с родителями; у истеричных возникает более позднее образование семейных коммуникаций; у сензитивных — ранняя смерть одного из родителей или лишение их; у неустойчивых почти закономерно выступают констелляции «черствый и суровый отец», «безвольная мать».

Типы влияния семьи на формирование личности можно представить себе в виде трех основных механизмов: 1) фиксация форм поведения путем подражания, 2) закрепление негативистических реакций, 3) прямое культивирование реакций ребенка (Гиндикин В.Я., 1963).

Подражание невропатическим родителям особенно характерно для детей со слабой нервной системой, развивающихся с задержкой или с длительно сохраняющимся инфантилизмом. В этих случаях в закреплении определенных особенностей личности большую роль играет механизм психической индукции, то есть неосознанное усвоение каких-либо свойств путем подражания лицу, авторитет которого для ребенка является абсолютным. Второй механизм — закрепление негативистических реакций — отражает возможность возникновения компенсаторных, защитных личностных особенностей, проявляющихся в ответ на конфликтную, трудную ситуацию в семье. Третий механизм — прямое культивирование родительских установок, форм поведения и психического реагирования — наблюдается в семьях, где родители являются перфекционистами-ригористами, усовершенствователями-педантами (G. et B. Vidal, 1964).

Неправильное, неадекватное воспитание (дефекты воспитания) следует рассматривать как важное условие для возникновения личностных расстройств, как фактор, подготавливающий «психологическую почву». Вместе с тем наиболее травматичные виды воспитания могут иметь и относительно самостоятельное значение в возникновении психогенных расстройств у детей и подростков.

Психотравмирующие ситуации для ребенка нередко возникают в семьях, внешне кажущихся вполне благополучными. Чересчур серьезные, сухие родители с утрированными гиперсоциальными установками, не считающие игровые интересы ребенка важными, заменяют их «более продуктивными занятиями», создают психогенную ситуацию в виде скрытых внутренних и порой неразрешимых конфликтов (Манова-Томова В.С., 1981).

Понятие «воспитание» достаточно сложно. С середины ХХ столетия в воспитании стали выделять фактор педагогический (сознательное обучение навыкам поведения, межличностным отношениям) и фактор интерперсональный (бессознательное закрепление у ребенка на разных этапах его развития тех или иных психических особенностей).

В клинической практике относительно редко приходится наблюдать изолированный результат неправильного воспитания. Значительно чаще речь идет о тесном взаимодействии с другими средовыми факторами. Само воспитание не является статическим образованием, оно меняется в одной и той же семье, по отношению к одному и тому же ребенку в зависимости от многих условий, связанных с меняющейся характеристикой как самих родителей, так и детей.

Среди разных систематик неправильного воспитания, имеющего значение для формирования личности, следует остановиться на группировке В.Я. Гиндикина (1961), поскольку она охватывает основные его формы.

1. Гиперопека — тип воспитания, когда родители уделяют ребенку чрезмерное внимание, контролируют каждый его шаг, постоянно навязывают ему свое мнение, подавляют его самостоятельность и инициативу, стараются сделать из него «человека правильного во всех отношениях». А.Е. Личко (1985) обозначил этот тип воспитания как «доминирующую гиперпротекцию». Постоянная система запретов и неусыпность контроля у детей стеничных вызывает протест, иногда тяжелый; у слабых, тормозимых детей резко утяжеляется комплекс неуверенности в себе. Преобладающим типом воспитания при неврозах является гиперопека (Симсон Т.Н., 1958; Зачепицкий Р.А., Яковлева Е.К., 1960; Сухарева Г.Е., Юсевич Л.С., 1965) и ограничивающий контроль.

2. «Золушка» — тип воспитания, при котором ребенок лишен ласки и внимания, над ним издеваются, противопоставляют другим детям. Этот тип воспитания обозначен А.Е. Личко (1985) как «эмоциональное отвержение» ребенка, которого скрыто или откровенно считают обузой. Дети растут сверхчувствительными, сензитивными, зависимыми.

3. «Гипоопека» — недостаточное внимание к ребенку; ребенок часто предоставлен самому себе, воспитание происходит «от случая к случаю». Крайнее выражение гипоопеки — это безнадзорность, когда воспитание по существу отсутствует.

4. «Кумир семьи» — ребенка обожают, считают вундеркиндом, исполняют все его желания и капризы, не приучают к труду. Такой тип воспитания позже был обозначен как «потворствующая гиперпротекция» (Личко А.Е., 1985). Автор подчеркивал, что в этих случаях желание подростка лидировать наталкивается на неумение руководить другими, подчинять себе. Если у ребенка изначально имеется акцентуация личности по эпилептоидному типу, ребенок при указанной гиперпротекции может стать семейным тираном. Это тем более опасно, что родители в таких случаях готовы все ему прощать.

С этими типами воспитания психиатры сталкиваются очень часто. Так, при описании воспитания по типу «гиперопеки» А.И. Захаровым (1988) подчеркнута личностная характеристика родителей в виде «гиперсоциальности» — гипертрофированное, одностороннее чувство долга, отсутствие компромиссов, твердость характера, негибкость в отношении с детьми. Будучи честолюбивыми, эти родители стремятся, чтобы ребенок все делал лучше всех, был примером, образцом для подражания.

Описан также вариант вынужденной гиперопеки у родителей, дети которых с раннего детства обнаруживают выраженные трудности поведения, в связи с чем они не могут быть самостоятельными и нуждаются в постоянной заботе и контроле (Гурьева В.А., 1971). Еще один вариант гиперопеки описан под названием «доминантного», или авторитарного, воспитания (Захаров А.И., 1988).

Для возникновения неврозов, по А.И. Захарову, наиболее типичную триаду составляют типы воспитания с гиперсоциальностью, тревожностью и аффективностью родителей. Большое значение придается проблеме воспитания единственного ребенка. Этому вопросу посвящен большой объем литературы. В последних работах применяется термин «синдром единственного ребенка». Именно по отношению к единственным детям часто наблюдается неправильное воспитание по типу «кумира семьи». Заласкивание, изнеживание, оранжерейные условия приводят к инфантилизации детей, к формированию у них эгоценризма, к стойкой переоценке своего «я», к самоуверенности при отсутствии способности к труду, к упорству при интеллектуальных и физических нагрузках, к переносу причин своих неудач на других, к бескомпромиссности.

При первых же столкновениях с жизнью и обнаружении, что он (она) вовсе не «кумир» и не «сверхспособный», у человека возникают столкновения с окружающими, появляются внутренние невротические конфликты с возможностью (при дополнительных психогенных воздействиях) развития невротических расстройств, чаще по истерическому типу.

Многие авторы пишут о «психической заброшенности», что в основном соответствует понятию гипоопеки и безнадзорности. Возникающий при этом дефицит эмоциональности, социально-психологическое одиночество приводят к поиску контактов вне дома, появлению девиантных форм поведения, к неправильной социализации личности. В этих случаях нередки явления школьной дезадаптации, которая может содержать в себе психогенное начало (Качан В.Е., 1995).

К числу ведущих признаков неправильного воспитания относят также инверсию воспитательных ролей (бабушка исполняет роль матери), конфликтный характер воспитания, преобладание рационального аспекта, отношение к детям как к «почти взрослым», недостаточное внимание к половым аспектам в формировании личности детей, шаблонность, схематизм, недостаток индивидуализации, разрыв между словом и делом, дефицит душевной щедрости, несоответствие повышенных ожиданий и требований родителей реальным психофизическим возможностям ребенка, негибкость, несогласованность.

Заслуживает внимания описание воспитания по типу «неприятия» (Захаров А.И., 1988; Гарбузов В.И., 1990). Очевидно, что этот тип воспитания близок к типу «Золушка». Авторы придают ему очень большое значение. Обозначает он «отсутствие любви к ребенку», для которого «любовь — это сверхпотребность, обеспечение безопасности». Неприятие рождает прежде всего страх. При неприятии в ребенке все раздражает, все вызывает досаду: «ест не так», «много плачет», «рохля» и т. д. Ребенка все время ругают, ничего ему не прощают. Воспитание подменяется жестким контролем и суровыми наказаниями; у ребенка возникает комплекс неполноценности, страх, что от него хотят избавиться. По В.И. Гарбузову, это самый драматический тип неправильного воспитания.

Сходный тип воспитания описан под названием «воспитание по типу ежовых рукавиц» (Гиндикин В.Я., 1961; Гурьева В.А., 1971). Крайним выражением этого варианта является «воспитание» типа жестокой агрессивности («изуверской жестокости»). В этих случаях не просто отсутствует любовь к ребенку, но имеют место стойкая ненависть и садистское отношение к нему с ухищренными издевательствами, с физическими пытками, отказом в еде и питье по нескольку дней, с переламыванием костей, «вывешиванием» ребенка на стене. Финалом этих чудовищных издевательств бывает в «легких» случаях — психогенное развитие личности и убийство подростком лица, являющегося источником такой травматизации, а в самых тяжелых случаях — забивание ребенка до смерти или попытка самоубийства у ребенка (подростка). Таким образом, отрицательное влияние родителей может играть определенную роль в патогенезе неврозов, психореактивных расстройств и патохарактерологических развитий.

Особое место занимает воспитание вне семьи, истинное и социальное сиротство (сиротство при живых родителях). В последнем случае оно может быть результатом лишения родительских прав, отказа от ребенка, лишения его родительского крова и пр. В конечном счете, ребенок оказывается в закрытом детском (сиротском) учреждении, условия жизни и воспитания в котором чаще всего оказываются сугубо отрицательными (чрезмерно строгий, солдатский режим сочетается с формальным, бездушным отношением к детям). К этому часто присоединяются психотравмирующие отношения внутри детских коллективов. На первый план нередко выступают и дурные примеры сверстников.

# **Глава 3. Закономерности клиники психических расстройств в подростковом возрасте**

Трудности правильной квалификации психического состояния подростков связаны со следующими обстоятельствами: с преобладанием в клинической картине возрастной, нозологически нейтральной психопатологии; частотой появления на инициальной стадии заболевания психических эквивалентов и поведенческих масок с клинической неочередностью психопатологических характеристик; утрированными проявлениями психологического криза созревания, со склонностью к нозологически неспецифическим поведенческим реакциям оппозиции, имитации, отказа; частотой проявлений нарушенной социализации личности.

Неспецифические для той или иной нозологической формы проявления могут исчерпывать видимый спектр клинической картины, что значительно затрудняет диагностику и требует специального анализа. Систематизация возрастных закономерностей клиники позволила выделить ряд признаков, являющихся наиболее характерными.

1. Типичность личностного регистра и непсихотического уровня психических расстройств, которые определяют «универсальность» для подросткового возраста (Сухарева Г.Е., 1959) психопатических и психопатоподобных, невротических и неврозоподобных расстройств, личностных форм аномального реагирования, нарушений поведения. Непсихотический уровень расстройств является преобладающим и для психогенных состояний, и для шизофрении.

2. Характерность преобладания в клинической картине пубертатной психопатологии (патологические фантазии, сверхценные образования, гебоидные состояния, аффективные нарушения, пубертатная астения, расстройства влечений).

3. Наличие у каждого из пубертатных психопатологических феноменов непатологического (психологического) аналога, определяющее типичность непрерывности переходов (тип континуума) от нормы к болезни. Например, заострение психологических особенностей подросткового возраста и карикатурный психологический криз созревания у гебоидов, возрастная и патологическая склонность к фантазированию, возрастная эгоцентрическая фиксация на своем внешнем облике и дисморфофобии и пр.

4. Тесная корреляция пубертатной психопатологии с личностными нарушениями, имеющими место в преморбиде, трансформирующимися или присоединяющимися в процессе развертывания того или иного патологического состояния.

5. Полиморфизм (мозаичность) психических нарушений как пубертатный этап динамики разных нозологических форм, включая формирующиеся психопатии, за счет сочетания разных психопатологических синдромов.

6. Типичность многоуровневости клинической картины, которая состоит из следующих компонентов: а) симптоматика, свойственная той или иной нозологической форме, выраженной в подростковом возрасте наименее отчетливо, носящей часто психопатологически незавершенный или замаскированный характер; б) пубертатная психопатология, больше коррелирующая с возрастом, чем с конкретной нозологической формой; в) симптоматика, связанная с утрированным карикатурным психологическим кризом созревания; г) аномальные личностные структуры с разными клиническими типами и вариантами социализации, реагирования и поведения; д) симптоматика, связанная с дизонтогенезом и асинхрониями созревания.

7. Типичность оформления клинической картины по типу 3 (описанных выше) вариантов искаженного пубертатного криза.

8. Характерность выявления и утяжеления симптоматики в период негативной фазы пубертата.

9. Полиэтиологичность, мультифакторность генеза психических расстройств с большой частотой встречаемости резидуально-органической почвы, массивных социально-психологических, психогенно-стрессовых влияний.

Одни и те же сочетания синдромов могут выступать в период пубертата и как этап динамики известных нозологических форм, и как относительно самостоятельные, как бы вне рамок принятой нозографии, состояния, привязанные только к периоду созревания.

Правильное представление о клиническом своеобразии конкретных нозологических форм возможно лишь при условии знакомства с синдромальными характеристиками, которые типичны для подросткового возраста, могут наблюдаться в рамках разных психических заболеваний и содержат признаки, позволяющие проводить дифференциальную диагностику.

## 3.1. Подростковые психопатологические синдромы и патологические состояния, систематика, судебно-психиатрическая оценка

### *3.1.1. Дизонтогенез: клинические формы*

#### 3.1.1.1. Инфантилизм

Инфантильность (детскость, незрелость) психики с частичным несоответствием развития психических функций возрасту ребенка рассматривается как самая легкая степень дизонтогенеза (нарушенного развития). Это нашло свое отражение в разных группировках дизонтогенеза, в которых инфантилизм определяется как «задержанное развитие» и соответствует уровню психических аномалий, но не психического дефекта (как это характерно для «задержек развития»).

Значение психического инфантилизма для понимания специфики психической патологии в подростковом возрасте нельзя недооценивать, поскольку этот феномен может наблюдаться в рамках любого психического заболевания и патологического состояния. Он характеризует уровень поражения, предпочтительность симптоматики непсихотического регистра, некоторые механизмы формирования клинической картины, особенности социальной адаптации, критических способностей, мотивации поведения.

Инфантилизм может определять клиническую картину и спектр личностных и психопатологических расстройств. Инфантилизм обычно группируют по происхождению (конституциональный, органический, психоэндокринный, соматогенный, социокультуральный), по полноте охвата психических сфер (тотальный и парциальный, психический и психофизический), по возрасту выявления (инфантилизм и ювенилизм).

Необходимо учитывать, что в рамках ранних резидуально-органических состояний инфантилизм имеет очевидную возрастную динамику и нередко приходит на смену задержкам психического развития (вариант дизонтогенеза с более выраженной дефицитарностью психики, чем при инфантилизме). Отличительными особенностями органического инфантилизма являются: охват всех сфер психики, сопряженность с задержанным физическим и сексуальным созреванием, включение в структуру инфантилизма нарушений предпосылок интеллекта (внимание, темп работоспособности, волевой контроль над интеллектуальной деятельностью), а также способности к логическому и аналитическому мышлению. При этом характерны недостаточная возможность осмысления, внутренней переработки событий, прогнозирования, слабость понятийного мышления. Подростки мало задумываются над последствиями совершаемого, от них скрыт внутренний смысл сложных поведенческих актов. При других патологических состояниях (психопатии, шизофрения, патологические развития) инфантилизм является преимущественно личностным и, как правило, дисгармоническим или диссоциированным.

Органически неполноценные дети в силу трудностей их воспитания оказываются чрезмерно опекаемыми, так что гиперопека является в этом случае неизбежной. В неблагополучных семьях, напротив, имеет место гипоопека или даже безнадзорность. В зависимости от воспитательного подхода в структуре инфантилизма возникают разные дополнительные особенности: неуверенность в себе или самоуверенность, чувство изгойности или исключительности и пр.

Первые признаки «детскости», не соответствующей возрасту, отмечаются уже воспитателями детских садов, но клинически отчетливое выявление обычно относится к началу школьного периода (второй криз — 5–7 лет). При невыраженности формальных признаков расстройств интеллекта такие дети оказываются в числе неуспевающих — первый игровой интерес к новому (обстановка и занятия в школе) быстро исчезает; необходимость систематически «высиживать» все уроки, выслушивать объяснения учителя начинает вызывать отрицательное отношение к учебе, а позже — протест или даже отказ. При этом отмечаются усиление двигательной расторможенности, истощаемости, засыпание на уроках, расстройство сна, аппетита, невротические реакции. Все эти явления характеризуют период тягостной и длительной адаптации. Однако и в дальнейшем, в течение всего периода обучения такие дети испытывают большие трудности. Временами у них возникают состояния декомпенсаций, во время которых выявляются церебрастенические, эмоционально-волевые нарушения. С этим связаны повторные, хотя и не длительные, стационирования в психиатрические больницы.

Успеваемость у инфантильных, в отличие от дебильных, личностей нарушена не тотально, но отличается крайней неравномерностью и находится в большой зависимости от настроения, интереса к учителю (внешность, одежда, «ласковость») или занятию (внешне эффектные приемы изложения учебного материала). В связи с трудностями обучения нередко неправомерно ставится вопрос о переводе их во вспомогательную школу.

Значительное видоизменение клинической картины происходит в период пубертатного криза. В период пролонгированной негативной фазы усиливаются психоорганические, психоэндокринные и эмоционально-волевые нарушения, поведенческие расстройства, появляются утрированные возрастные реакции имитации, отказа, протеста, а также признаки педагогической запущенности. Психическая незрелость в связи с нарастанием разрыва между паспортным возрастом и фактическим уровнем замедленного созревания кажется усиливающейся. Сохранение инфантилизма в подростковом возрасте обычно сопровождается снижением способности к социально одобряемой деятельности, с отчетливой склонностью к обогащению отрицательным опытом и стремлением к самоутверждению.

Клиника личностного инфантилизма включает в себя такие проявления, как эмоциональная насыщенность, живость, образность, недостаточная дифференцированность восприятия, его поверхностность и неустойчивость, повышенная и изменчивая впечатлительность с чрезмерным интересом к внешним эффектам, игровая направленность интересов и увлечений, часто определяющая отношение к себе и окружающим, эгоцентричность и истероидные включения с позерством, рисовкой, стремлением быть в центре внимания, склонностью к вымыслам.

Незрелость волевых функций проявляется у ребенка в повышенной конформности, внушаемости, неорганизованности, стремлении к реализации сиюминутных побуждений, с большим риском принятия случайных решений без борьбы мотивов и склонностью имитировать все, что он видит и получает от общения с другими, включая даже голос и почерк. К этому же ряду относится неспособность сдерживать влечения.

При некоторых формах инфантилизма отмечаются избыточность движений и их недостаточная координация, чрезмерность изобразительной и игровой мимики, неспособность к изолированным точным двигательным актам (так называемый «моторный инфантилизм», по Гомбургеру).

Задержанное развитие определяет стойкое сохранение особенностей детской психики (инфантилизм), появление же незрелости в период пубертата сопровождается фиксацией особенностей ранней подростковой психики (ювенилизм). В последнем случае имеют место снижение способности к социально одобряемой деятельности с отчетливой склонностью к усвоению отрицательного опыта, стремление к самоутверждению, отсутствие тенденции к инволюции эмоциональной логики, задержка выработки чувства долга и критической самооценки, преобладание форм протестного поведения, частота нарушения социальной адаптации.

Парциальный личностный дисгармонический инфантилизм (ювенилизм) составляет основу разных форм личностной патологии, начинающейся с детства, и наиболее выражен у неустойчивых и истерических личностей.

Социокультуральный инфантилизм развивается при неправильном воспитании, длительной социальной и эмоциональной депривации.

Если инфантилизм обусловлен преимущественно социально-психологическими факторами, клинические проявления его приобретают некоторые особенности. Известны описания «инфантилизированного характера», «синдрома единственного ребенка», в основе которых лежит изнеживающее воспитание по типу «кумира семьи», «гиперопеки» или «гиперпротекции». При этом могут возникать такие черты, как несамостоятельность, неорганизованность, недостаточность практических навыков, инициативы, невыносливость к психическим нагрузкам, а также недостаточная социальная зрелость и адаптированность.

Известны явления госпитализма у подростков (Hoff H., 1930), когда в условиях депривации формируется инфантильная психика. При этом появляются гипертрофированные интеллектуальные интересы, носящие односторонний характер. Наиболее незрелой оказывается социальная сторона интеллекта и эмоций.

В неблагополучных семьях и закрытых детских учреждениях, в условиях гипоопеки и безнадзорности не наступает своевременной положительной социализации личности, в результате чего не формируются система положительно ориентированных внутренних запретов и система ценностей, преобладают преимущественно утилитарные интересы, потребительское отношение к жизни, неспособность к устойчивым межличностным отношениям, легкость закрепления различных отрицательных привычек, отсутствие контроля за проявлениями своих эмоций, побуждений, влечений. Степень выраженности личностной незрелости может быть различной, что и определяет возможность разной судебно-психиатрической квалификации состояния.

**Клинические критерии невменяемости при инфантилизме:**

1) выраженная дисгармоничность до уровня диссоциированности, исключающая возможность коррекции своего поведения;

2) тотальность психического инфантилизма в сочетании с его крайней неравномерностью, определяющая несоответствующий возрасту характер поведения и интересов;

3) преобладание в структуре инфантилизма (ювенилизма) свойств психики ребенка или подростка;

4) сочетание инфантилизма с признаками задержек развития, определяющих более глубокий уровень нарушений психики;

5) преобладание и выраженность незрелости волевых функций (стойкая внушаемость, подражательность, тенденция к идентификации себя с кем-либо из окружающих, инфантильная импульсивность при принятии решений с отсутствием внутренней переработки побуждений, нарушение волевого самоконтроля, неуправляемость поведения);

6) отсутствие тенденции к обратному развитию инфантильных черт с возрастом и с постепенным увеличением их неравномерности и все большим выявлением «ножниц» между уровнем психической зрелости и паспортным возрастом;

7) недоразвитие способности к прогнозированию последствий своих действий и к критической самооценке;

8) характерность сочетания психического инфантилизма с симптоматикой, преимущественной для возраста (синдром патологического фантазирования, сверхценных образований, расстройств влечений).

#### 3.1.1.2. Задержки развития

Наряду с инфантилизмом в число клинических форм дизонтогенеза входят задержки развития. Понятие «задержки» интеллектуального развития было выделено H. Stutte (1963) как альтернативное олигофрении. Под олигофренией понимается врожденное недоразвитие интеллекта от легких степеней до полного малоумия (дебильность, имбецильность, идиотия), охватывающее все сферы психики, то есть носящее тотальный характер. Значительно чаще встречаются парциальные (частичные) нарушения психического развития, обозначаемые как «задержки». В отличие от инфантилизма («задержанное» развитие) задержки развития включают интеллектуальную недостаточность и рассматриваются не как аномалия, а как легкий парциальный психический дефект. Причины их возникновения, как и инфантилизма, могут быть различными, включая ранние инфекционные и травматические поражения головного мозга, детскую шизофрению, раннюю эпилепсию и грубые стойкие социально-психологические воздействия. В частности, длительная депривация и психотравматизирование также могут быть причиной «задержек». Легкие задержки интеллектуального развития, которые не исключают внутренней переработки психотравмирующих обстоятельств, могут вместе с тем определять значительное своеобразие психогенного реагирования. Ребенок с задержкой развития нередко воспринимается родителями как несчастье, становится причиной семейного разлада (Гарбузов В.И., 1990).

Отклонения в психике у таких детей обычно замечают рано, особенно если ребенок находится вне семьи (сад, школа). Если ребенок отличается непонятливостью, отсутствием тонких эмоций, над ним начинают посмеиваться, дают прозвища, отстраняются от него. А для ребенка с недостаточностью интеллекта, который не может понять причины такого отношения, все представляется опасным, враждебным, поэтому у него появляются тревога, подавленность, замкнутость.

Изгойное положение сопровождает ребенка и в школе, и на улице, и дома, становится причиной тяжелых и длительных переживаний, которые могут принимать болезненный характер. Психогенные расстройства могут способствовать временному усугублению интеллектуальной недостаточности (состояние декомпенсации).

Особенности реагирования таких детей зависят не только от глубины задержки развития, но, что очень важно, от реакции окружающих на их неполноценность. Чем заметнее, карикатурнее эта реакция, тем тяжелее и длительнее болезненное состояние. Возникающие при этом психогении чаще оформляются по наиболее элементарному типу, начинают сопровождаться изменениями личностных особенностей с появлением таких черт, как возбудимость, тормозимость, истероидность.

Особенно тягостные последствия наблюдаются у детей с задержкой развития при сочетании органических, психогенных, психосоциальных и депривационных влияний.

### *3.1.2. Синдром патологического и непатологического фантазирования*

Этот синдром, как правило, развивается при наличии психической незрелости, то есть он тесно связан с инфантилизмом. Нозологически он неспецифичен, психопатологически — неоднороден, может занимать центральное место в клинической картине или быть лишь ее компонентом. Фантазирование может возникать по механизмам инфантильной психологической защиты, отражая стремление к самоутверждению, может возникать психогенно по механизму вытеснения тяжкой ситуации или без видимых причин по механизму «замещения» реальной действительности. Важность изучения синдрома фантазирования связана с существованием его непатологических и патологических форм и возможностью совершения криминальных действий под влиянием вымыслов.

К психопатологии, преимущественной для детского и подросткового возраста, относится только инфантильное фантазирование, которое может выступать как самостоятельный феномен или как эквивалент будущей психопатологии (бредовые идеи, псевдогаллюцинации, психический автоматизм). В детстве преобладает склонность к непатологическим вымыслам. Если же фантазирование возникает в подростковом возрасте и сразу становится массивным, то это может быть признаком анормальности или даже личностного сдвига.

Склонность к вымыслам со времен Дельбрюка (1891) подразделяют на три варианта: фантазии, псевдология и лживость.

**Патологические фантазии** представляют собой болезненные инфантильные вымыслы, «грезы наяву», способные на время овладевать сознанием и на высоте развития сопровождающиеся визуализацией представлений или даже бредом воображения. Иными словами, фантазирование можно рассматривать как психопатологический феномен при наличии следующей совокупности признаков: 1) доминирование в сознании (большая значимость для субъекта, чем реальные факты); 2) готовность к перевоплощению в вымышленные образы; 3) вживание в вымыслы; 4) появление расстройств поведения, сопряженных с содержанием фантазий.

В отличие от этого **псевдология** — это сознательные непатологические вымыслы, которые хотя и могут иметь разработанную фабулу, но осознанно служат собственной цели и самоутверждению или реабилитации. Псевдология может носить характер «склонности» и развивается у аномальных личностей.

**Ложь** — это сознательное, корыстное искажение истины для получения выгоды. Вместе с тем существует понятие «патологическая лживость», когда имеет место «склонность к вранью без цели и удержу». Все это показывает, что перечисленные феномены имеют разное содержание и неодинаковую связь с психопатологией.

Синдром патологического фантазирования в подростковом возрасте заслуживает специального изучения, поскольку имеет важное значение для ранней и дифференциальной диагностики, отражает в значительной мере особенности возрастной психопатологии и во многом определяет решение таких социально-правовых вопросов, как соответствие психического развития паспортному возрасту, процессуальная дееспособность (Метелица Ю.Л., 1989), вменяемость подростков, общественно опасные поступки которых патологически мотивированы содержанием болезненных вымыслов.

В плане психопатологической структуры характерна относительная узость диапазона патологических фантазий, проявляющихся в основном в двух вариантах — шизоидном и истероидном.

Истерическое фантазирование (Гурьева В.А., 1961, 1980), как правило, экспрессивно, ближе к реальности, конкретно, образно, протекает на фоне ясного сознания, начинается и заканчивается произвольно, сопряжено с психогенным травматизированием, гротескным стремлением к самоутверждению или желанием вызвать сочувствие. Такие фантазии охотно выдаются за действительность и, как правило, многократно рассказываются окружающим. Образное истерическое фантазирование носит обычно характер сказки, приключения, детективной истории, в которых главным действующим лицом является сам подросток. Эти фантазии в патологических случаях могут расцениваться подростком как реально переживаемые события, в связи с чем свои вымыслы подросток обычно реализует в поступках и действиях, нередко во вред себе, попадая в уголовно наказуемые истории. В патологических случаях истерическое фантазирование может утрачивать часть свойств, характерных для этого варианта, и приближаться к шизоидному полюсу.

Патологическое фантазирование у шизоидов (Сухарева Г.Е., 1937, 1959) чаще возникает аутохтонно, под влиянием идей метафизической интоксикации или на фоне гебоидных расстройств. Такие фантазии носят интравертированный, аутистический характер, часто возникают по механизму замещения неинтересной для подростка реальности, имеют отвлеченный характер, нередко представляют собой схемы, маршруты, причудливые малопонятные игры, математические построения («наукообразное» творчество). При шизоидном типе фантазирования подросток чаще является зрителем, а не участником. Для этих фантазий более характерна потеря произвольности.

Независимо от нозологической принадлежности при неблагоприятной динамике о патологическом характере фантазирования свидетельствуют (критерии невменяемости) постепенное сужение диапазона содержания фантазий и переход к шизоидному полюсу, тенденция к постепенному усложнению, к стереотипизации фабулы, со все большим отрывом от реальности, появление сверхценного отношения к своим фантазиям, уменьшение произвольности возникновения, присоединение визуализации и галлюцинаций воображения (Dupre E., 1905), возможность трансформации в бред воображения с непрерывным характером фантазирования, появление стойких агрессивных и садистических фантазий. Наиболее тяжелые случаи характерны для вялотекущей шизофрении, при которой нередко происходит трансформация патологического фантазирования в псевдогаллюцинации. При вялотекущей шизофрении наблюдается раннее возникновение фантазирования, с самого начала являющегося патологическим (Симсон Т.П., 1935; Мамцева В.Н., 1964). Для нозологической диагностики важно оценить характер отношения детей (подростков) к своим фантазиям: интра- или экстравертированность, адекватность эмоциональных реакций ребенка по отношению к содержанию фантазий.

В рамках шизофрении можно проследить три этапа динамики патологического фантазирования. На первом этапе синдром остается сравнительно изолированным. На втором этапе фантазии включаются в структуру других психических нарушений и могут трансформироваться в иные психопатологические образования. Патологическое фантазирование при этом следует рассматривать как продуктивную симптоматику. Третий этап шизофрении характеризуется специфической редукцией синдрома фантазирования, выявлением продуктивных и негативных расстройств, типичных для эндогенного заболевания.

Одним из вариантов психогенного фантазирования у подростков является «инфантильная фантастическая мания», описанная Д.А. ван Кревеленом. Она проявляется в нелепых фантазиях с элементами конфабуляций на фоне повышенного экзальтированного настроения и выраженной переоценки своих возможностей. От таких состояний бредоподобные фантазии Бирнбаума отличаются в основном меньшей переоценкой личности и калейдоскопической сменой фабул вымысла.

**Судебно-психиатрическое значение синдрома патологического фантазирования определяется:**

1) частотой реализации вымыслов в виде криминальных поступков;

2) характерностью патологической мотивации общественно опасных действий, включающей инфантильность, содержание фантазий, отношение к ним подростка, нарушение критических способностей;

3) склонностью таких лиц к оговорам и самооговорам, так что возникает необходимость решения вопроса об отношении к показаниям таких свидетелей и потерпевших;

4) несоответствием психического развития подростка его паспортному возрасту.

Для решения вопроса об уголовной ответственности подростков с патологическим фантазированием мы опираемся на клинические критерии невменяемости.

**Клинические критерии невменяемости:**

1) оценка психического состояния в целом (наличие глубокой личностной патологии, выраженных резидуально-органических изменений, хронического заболевания);

2) патологический характер фантазирования;

3) выраженность психического инфантилизма;

4) нарушение критических способностей.

Склонность к фантазированию приобретает характер психопатологического феномена при наличии таких признаков, как сверхценное отношение к фантазиям, когда они становятся для подростка особо значимыми, готовность к перевоплощению в вымышленные образы, оторванность от реальности, гипер- и псевдокомпенсаторные механизмы фантазирования, появление признаков навязчивости или насильственности, связь нарушений поведения с содержанием вымыслов. Психопатологические синдромы, характерные для пубертатного периода, редко встречаются в изолированном виде, они часто сочетаются и являются взаимозависимыми. Эта закономерность наиболее наглядна при синдроме сверхценных образований, который, как правило, сочетается с другими подростковыми синдромами (сверхценное фантазирование, сверхценное стремление к самоутверждению и др.).

### *3.1.3. Синдром сверхценных образований*

Этот психопатологический синдром, как и предыдущие, относится к расстройствам личностного регистра, является нозологически нейтральным, может возникать при разных психических заболеваниях, имеет выраженную возрастную окраску (Гурьева В.А., 1979; Исаченкова М.П., 1989). Он чаще, чем другие синдромы, сопряжен с совершением общественно опасных поступков (Аменицкий Д.А., 1942; Степанова Л.Н., 1972 и др.). Появление сверхценных образований служит показателем неблагоприятной динамики.

Под сверхценными образованиями понимают такие субъективно значимые и чрезвычайно аффективно заряженные суждения, идеи или переживания, которые занимают неоправданно большое место в психике, могут овладевать сознанием больного, определяя его поступки. Структура сверхценных образований в подростковом возрасте значительно отличается от таковой у взрослых. Соотношение двух основных компонентов — идея-аффект — резко смещено в сторону последнего. Речь идет о неразработанности самой идеи, незрелости аргументации, узости фабулы, отсутствии последовательности в доказательствах, большем полиморфизме и меньшей стойкости, ведущем положении сверхценного аффекта, невыраженности интерпретативного компонента. Таким образом, идея часто оказывается настолько завуалированной аффектом, что не всегда сразу различима. Кроме того, для подросткового возраста характерны сверхценные интересы, представления, увлечения, привязанности, неприязнь, ненависть, сверхценная переоценка собственной личности, сверхценное чувство изгойности, сиротства, неуверенности в себе. Поэтому для подросткового возраста, учитывая указанную возрастную специфику, сверхценные образования можно определить как чрезвычайно аффективно заряженные, резко доминирующие в сознании и субъективно значимые суждения, представления, интересы, аффекты, тесно связанные с личностью и конкретными обстоятельствами и имеющие четкую тенденцию к реализации в виде поступков, вплоть до криминального поведения.

При особых психотравмирующих обстоятельствах сверхценные образования могут возникать и у здоровых подростков, однако чаще они развиваются на патологической почве. В судебно-психиатрической клинике наиболее часто встречаются сверхценное фантазирование, стремление к самоутверждению, дисморфофобии, сверхценная неприязнь и привязанность, сверхценные идеи мести у эпилептоидов и страх мести у подростков, переживших реальную угрозу для жизни, идеи чужих родителей и сиротства, сверхценные увлечения и идеи убийства (гомицидомания), идеи неполноценности и переоценки своих возможностей и т. д. Важной особенностью сверхценных образований являются частота сочетаний разных вариантов и выраженная тенденция к их реализации (убийства, повторные поджоги и пр.). В судебно-психиатрическом плане наиболее значимо появление сверхценных компонентов в структуре патологического фантазирования и расстройств влечений, обусловливающее совершение самых жестоких общественно опасных действий, направленных против личности.

В зависимости от нозологии структура и динамика сверхценных образований имеет свои особенности. При пограничных состояниях сверхценные образования возникают преимущественно психогенно на фоне пролонгированных или хронических психогений. Их формирование обычно начинается в негативной фазе пубертата и проходит в три этапа: 1) этап осмысливания и внутренней переработки травмирующей ситуации; 2) этап формирования самой сверхценной идеи; 3) этап каких-либо действий под влиянием сверхценной идеи. При психогенных реакциях сверхценные переживания теряют свою актуальность после разрешения ситуации.

При психогенных развитиях личности сохранение травмирующей ситуации обусловливает включение механизмов патологического самодвижения, в связи с чем динамика сверхценных образований может приобретать своеобразную автономию.

Особый вариант сверхценностей описан при психогенных развитиях личности (Гурьева В.А., 1971). Это так называемые «индуцированные сверхценные образования». Вероятность возникновения таких болезненных переживаний находится в прямой зависимости от массивности психогенной травматизации, привязанности к тому лицу, которое становится индуктором, а также от степени психической незрелости. Содержание и интенсивность психогенных переживаний у подростка оказываются идентичными таковым у индуктора и в значительной мере кумулированными. Длительная разлука с этим лицом приводит к постепенной дезактуализации сверхценных переживаний.

Важным является анализ сверхценного отношения подростка к родителям. Отчуждение и неприязнь подростка к родителям могут быть и адекватными в случае аморальности последних, холодности, черствости и жестокости по отношению к ребенку. Вместе с тем при длительном существовании таких отношений могут возникать условия для психогенной травматизации и появления психогенных реакций, состояний. На этом фоне подростки нередко высказывают мысль о том, что родители им не родные. При настойчивых расспросах выясняется, однако, что подросток сам это «придумал» и полностью сжился с этой мыслью, так как «лучше не иметь родителей, чем иметь таких». Сверхценный характер указанных переживаний можно исключить и в тех случаях, когда версия о неродных родителях понадобилась подростку для привлечения к себе внимания, жалости и сочувствия. Очевидно, что в этих случаях переживания психологически понятны, не трансформируются в бред и постепенно редуцируются.

При шизофрении сверхценные образования возникают нередко в самом начале болезненного процесса, становятся аутохтонными еще в пубертатном периоде, отличаются стойкостью, малой психологической понятностью и тенденцией к трансформации в сверхценный бред.

При шизофрении социальное лицо родителей и их отношение к ребенку чаще всего игнорируются. Неприязнь к ним обычно возникает после периода патологической привязанности, связанной с начавшимся болезненным процессом и обусловленной нарастающим чувством несамостоятельности, незащищенности, зависимости. При этом характерно переживание тревоги, вызванной опасениями за жизнь родителя, а затем, при смене сверхценной привязанности — отчуждением и сверхценной неприязнью с появлением идей иных родителей, принимающих довольно быстро характер убеждения и сопровождающихся идеями иного происхождения, то есть трансформацией в бред. Такие сверхценные переживания отличаются выраженной стойкостью. Даже после их дезактуализации через многие годы критическая оценка восстанавливается не всегда. Частота этих патологических переживаний и их диагностическая значимость заставляют активно выявлять эти психопатологические расстройства.

Возрастная динамика сверхценных образований не зависит от нозологической принадлежности и проявляется в трех вариантах: 1) с редукцией сверхценностей; 2) их стабилизацией; 3) трансформацией в бред. Для психопатий тенденция к редукции сверхценностей к концу пубертата является характерной (50%), при шизофрении она нетипична (10%).

**Судебно-психиатрическое значение сверхценных образований** определяется частотой этих расстройств в практике экспертизы несовершеннолетних и выраженной тенденцией к реализации в виде ООД. Патологический характер сверхценных образований (критерии невменяемости) определяется следующими признаками:

1) выраженное доминирование в сознании субъективно значимого переживания на уровне овладевающей идеи;

2) аффективная заряженность и охваченность болезненными переживаниями;

3) отсутствие попыток поиска иных решений, игнорирование реальных возможностей (невыраженность компонентов борьбы мотивов, нарушение критики);

4) стойкость, тенденция к углублению или трансформация в бред;

5) появление кататимности мышления и патологических интерпретаций. При наличии совокупности указанных признаков заключение о невменяемости может основываться на оценке тяжести самих сверхценных образований.

Наибольшая криминогенность подростков со сверхценными образованиями совпадает с пиком пубертатных изменений психики, с периодом трансформации сверхценных идей в бредовые, с возникновением комплексных сверхценных образований, аутохтонных аффективных расстройств и охваченности болезненными переживаниями.

Особую социальную опасность в плане возможной агрессии представляют больные подростки в состоянии кратковременных экзацербаций, при усложнении синдрома сверхценных образований за счет патологического аутистического фантазирования агрессивного характера, что наиболее четко отмечается при гебоидных состояниях. В этих случаях быстро кристаллизуются и становятся чрезвычайно актуальными сверхценные идеи убийства. При психогенном развитии личности усложнение сверхценных переживаний происходит скачкообразно, пока они полностью не овладевают сознанием.

Аутохтонные сверхценности формируются постепенно в тесной связи с глубиной личностной патологии. Нередко, однако, патологические сверхценные идеи возникают на фоне значительной личностной патологии или сочетаются с другой психопатологической симптоматикой. В таких случаях заключение о невменяемости должно основываться на оценке психического состояния подростка в целом.

### *3.1.4. Синдром дисморфофобии*

В связи с особенностями их психопатологической структуры дисморфофобии относят или к ипохондрическим, или к навязчивым, или к сверхценным и бредовым расстройствам, поскольку их основной радикал трактуется по-разному.

Важно отметить, что главным их содержанием являются фобии, которые могут носить и навязчивый, и сверхценный характер. При дисморфофобии имеет место патологическая убежденность либо в наличии у себя какого-либо физического недостатка (уродливые черты лица, строение тела), либо в распространении неприятных запахов. При этом больные опасаются, что окружающие замечают эти недостатки, обсуждают их и смеются. Для очерченного синдрома характерна триада признаков: идеи физического недостатка, идеи отношения, подавленное настроение. Если речь идет о «распространении запахов», имеют место телесные ощущения и обонятельные обманы восприятия.

Имеются данные, что дисморфофобии возникают в 80% случаев в период пубертатного криза. В случаях, когда они приобретают бредовый характер, предложено называть их **дисморфоманией**(Коркина М.В., 1965).

В связи с убежденностью в мнимом или сильно преувеличенном дефекте больные фиксированы на этих переживаниях, могут быть охвачены ими, начинают упорно добиваться косметических операций, лечения у дерматологов (пористость кожи, веснушки, облысение, чрезмерное оволосение), стоматологов («неправильный прикус», «кривые зубы»), эндокринологов («низкий рост», «недоразвитие грудных желез»), гинекологов и андрологов («неправильное строение половых органов»). Большая настойчивость в этом отношении приводит к тому, что они «исправляют» свои «органы», но и после этого нередко возникают новые аналогичные страхи. Если больной направляется врачом не к ожидаемому им специалисту, а к психиатру, происходит разочарование в «официальной медицине» и обращение к не всегда безвредному самолечению (туго бинтуют грудь, «торчащие» уши, часами оттягивают или подпирают нос и т. п.). Самолечение приводит к тому, что такие больные покрыты ссадинами, кровяными корочками, следами выщипанных волос, бровей, ресниц.

Подростки с дисморфофобией склонны к сокрытию своих болезненных переживаний (диссимуляция),в связи с чем важно знать два характерных симптома, которые могут быть выявлены у подростка и которые свидетельствуют о болезненном характере его страхов. Это прежде всего **симптом «зеркала»** (постоянное неотвязное разглядывание себя в зеркале с целью убедиться в наличии или отсутствии дефекта и попытаться подыскать положение и поворот лица, скрывающие «уродство»). Зеркало носят с собой, вешают перед столом, чтобы «все время себя видеть».

**Симптом «фотографии»** *—* избегание фотографирования, укрытие своих фотографий, чтобы никто не мог зафиксировать свои *«*догадки*»* об уродстве больного.

Дисморфофобия чаще всего возникает у подростков с личностной акцентуацией по сензитивно-шизоидному, тревожно-мнительному или истерическому типам, является психогенно провоцируемой (эндореактивной) реакцией, возникает вслед за соответствующим замечанием собеседника. Расстройства в целом парциальны, частичны, не снижают работоспособности, успешности в учебе, проявляются лишь в особенно значимых для больного ситуациях (в компании, перед свиданиями, при желании понравиться). С возрастом они могут сглаживаться самостоятельно, без лечения, но могут приобретать и затяжной характер.

Бредовый вариант дисморфофобии (дисморфомания) может лежать в основе нервной анорексии, возникать при малопрогредиентной шизофрении. В этих случаях дисморфомания может быть стойкой. С годами борьба с мнимыми дефектами становится чуть ли не содержанием жизни. При этом имеет место тенденция к расширению круга дисморфоманических переживаний. Нарастают личностные изменения (сочетание ранимости с холодностью, стойкие тревожные депрессии с суицидальными поступками, сензитивный бред отношения — больные замечают, что все на них обращают внимание, замечают их дефекты, делают двусмысленные намеки, относящиеся к мнимому уродству). Позже эти переживания начинают сопровождаться идеями о неизлечимости болезни или о наличии «унизительной» болезни (сифилис, ВИЧ, СПИД).

### *3.1.5. Синдром нервной анорексии*

**Нервная анорексия** — это прогрессирующее самоограничение в еде при снижении аппетита с целью похудания в связи со сверхценным или навязчивым страхом располнеть и убежденностью в чрезмерном весе. Нервная анорексия занимает промежуточное положение между неврозами и психосоматическими расстройствами. Встречается преимущественно у девочек в подростковом возрасте.

Характерна триада признаков: отказ от еды, значительное похудание, аменорея. При не резко выраженной анорексии речь идет о подростковом, психологически понятном, хотя и обостренном интересе к своей внешности, недовольстве ею, болезненной чувствительности к оценке со стороны, опасениях по поводу своей непривлекательности. Чрезмерная полнота ассоциируется в сознании подростка с неповоротливостью, отсутствием изящества, что может служить поводом для насмешек. Определяющим в формировании синдрома является страх несоответствия своему воображаемому или реальному идеалу. Пусковым механизмом становится неосторожное замечание педагогов, родителей, сверстников, воспринимаемое в силу личной ранимости как особо значимое. Нередко нервная анорексия сопровождается депрессивным настроением, которое бывает маскированным. Если отказ от пищи частичный (например, исключаются высококалорийные продукты), резкого и стойкого похудания не отмечается. Однако это может быть начальным этапом, сменяющимся полным отказом от пищи, вызыванием рвоты, приемом слабительных, изнурительными физическими нагрузками. В тяжелых случаях развивается алиментарная дистрофия. Лицо становится бледным, подкожная жировая клетчатка исчезает, тургор кожи резко уменьшается, появляются сухость, шелушение, живот становится впалым, изо рта запах ацетона. Нарушается менструальный цикл.

Случаи спонтанного выздоровления являются казуистическими. В 4–30% наблюдений это состояние заканчивается летально. При длительном течении заболевания высок риск самоубийства.

Распознавание болезни крайне затруднительно, так как подростки тщательно скрывают отказ от пищи. Больных месяцами водят по разным врачебным кабинетам в поисках источника истощения. Некоторым совершенно необоснованно проводят курсы гормональной терапии.

В МКБ-10 указаны признаки, определяющие достоверность диагноза:

а) сохранение веса тела на уровне ниже ожидаемого на 15% или индекс Кветелета (соотношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах) составляет 17,5% или менее;

б) потерю веса вызывает сам пациент, избегая пищи и применяя один из способов избавления от нее (рвота, слабительные, диуретики и пр.);

в) ужас перед ожирением сохраняется в виде глубоко укоренившейся сверхценной идеи;

г) имеет место аменорея или потеря половой потенции;

д) при возникновении в препубертатном периоде (10–11 лет) начало пубертата задерживается или даже не наступает; при выздоровлении пубертация возобновляется.

При шизофрении анорексия сопровождается следующими признаками:

- нежелание есть превращается в невозможность принятия пищи (насильственная потребность вызывания рвоты после еды из-за появления непереносимого чувства переполненности желудка);

- появление вялой и витальной депрессии с подавлением жизненно важных соматических функций (голод, жажда, сексуальная неудовлетворенность);

- тревожная подозрительность, нарастание ипохондрической симптоматики, неряшливость в одежде, нарушение критики.

Нередко возникают приступы ажитации и агрессивности.

**Судебно**-**психиатрическое** **значение** двух последних психопатологических синдромов неоднозначно. При этом речь идет не только о разной частоте их встречаемости (дисморфофобии наблюдаются в экспертной практике намного чаще), но также о том, что оба синдрома нозологически малоспецифичны (от невротических реакций и неврозов до неврозоподобных состояний в рамках шизофрении, органических поражений головного мозга и пр.).

Самостоятельное значение для судебно-психиатрической оценки имеют только такие случаи, в которых каждый из феноменов достигает степени патологических сверхценных или бредовых идей. Это служит основанием для применения ст. 21 УК РФ. Экспертная оценка указанных синдромов входит в квалификацию клинической картины в целом. Следует отметить, что стойкие дисморфофобии, сопряженные с личностными расстройствами и влияющие на мотивы поведения, необходимо рассматривать как повод к применению ст. 22 УК РФ (ограниченная вменяемость).

### *3.1.6. Синдром расстройств влечений*

Под патологическим влечением мы понимаем сопряженное с инстинктом, недостаточно контролируемое сознанием, глубинное чувственное побуждение, направленное на определенную цель, сопровождающееся напряженной витализированной потребностью отреагирования и завершающееся действием с соматопсихическим гедонистическим аффектом. Важность точного определения и четкого представления о клиническом содержании этого феномена наиболее очевидна для судебных психиатров, поскольку констатация истинных расстройств влечений в момент соответствующих криминальных действий может определить решение вопроса о вменяемости или невменяемости. Особое значение это положение имеет для подросткового возраста, в котором происходит бурное созревание естественных влечений (их расторможенность), принимающих в силу особенностей незрелой психики, недостаточной социализации личности и особенно при наличии гебоидных проявлений гротескный, малокорригируемый характер.

В общем виде схема сформированных расстройств влечений у подростков может быть представлена следующим образом.

1. Первичные, или истинные, преимущественно биологически обусловленные: а) одолимые; б) неодолимые насильственные и навязчивые (последние очень редки); в) импульсивные.

2. Вторичные, при которых включение биологических механизмов происходит последовательно на фоне социально сформированных расстройств влечений. При этом сохраняется большой удельный вес социально-психологических влияний в генезе: а) рефлекторно зафиксированные, нестойкие и б) стойкие.

3. Расстройства влечения, спаянные с личностью: а) приближающиеся по своему происхождению к первичным; б) стоящие ближе к вторичным.

При **неодолимых влечениях** чувство насильственности (компульсивности) сочетается с настойчивым стремлением совершить то или иное действие (дромо-, пиромании, сексуальные парафилии), сопряженным с мучительной борьбой мотивов. **Импульсивные влечения** характеризуются чрезвычайной силой побуждения и императивностью реализации, совершаются раньше их обдумывания и потому не сопровождаются борьбой мотивов или овладевающими представлениями, могут быть сопряжены с нарушенным сознанием, чаще всего наблюдаются при органических поражениях головного мозга. Истинные расстройства влечений возникают в большинстве случаев приступообразно на фоне дисфорических состояний.

Биологическая основа (патологическая почва) является обязательной, что находит подтверждение и при клинических, и при параклинических исследованиях. Однако существует целый ряд вариантов, в генезе которых соотношение биологических и социальных факторов может быть самым разным, вплоть до значительного преобладания социальных факторов. Крайние варианты встречаются реже, чем промежуточные.

Важной особенностью истинных расстройств влечений является их реализация в виде поведенческого акта, нередко носящего криминальный характер. Именно поэтому расстройства влечений чаще всего встречаются в судебно-психиатрической практике.

Клиника нарушений влечений в детском и подростковом возрасте значительно отличается от таковой у взрослых. Их клинические проявления подчиняются общим закономерностям возрастного синдромообразования, то есть имеют неодинаковое клиническое выражение на разных этапах онтогенеза в зависимости от особенностей проявления девиаций психобиологического созревания или иной психической патологии, характера нарушенного психосексуального развития и пр.

В период выявления нарушений влечения они значительно отличаются от расстройств влечений в завершенном виде. Анализ первого в жизни отчетливого нарушения влечения позволяет выявить следующие варианты: 1) первичное влечение может сразу отвечать понятию «истинного» (самый редкий вариант); 2) смутное эмоционально-тягостное напряжение (спонтанное или возникающее на фоне стресса, утяжеления симптоматики криза), сопровождающееся потребностью разрядки, но не направленное на определенную цель. Вариант нарушенного влечения вначале случаен, но в дальнейшем быстро закрепляется; 3) начало расстройств влечений с патологического аффекта по типу дисфории с агрессивно-садистскими фантазиями, часто однообразного содержания, иногда с сексуальным компонентом и потребностью разрядки. Механизм закрепления псевдокомпенсаторный, первые аффективные проявления являются эквивалентом будущих расстройств влечений; 4) пассивное, малопродуманное подражание действиям лиц из непосредственного окружения с конкретным представлением, что надо делать, но без понимания — зачем. Это механизм псевдоадаптации у конформных неустойчивых лиц с задержками развития. Механизм закрепления условно-рефлекторный; 5) инфантильная попытка из любопытства проверить на себе все, что увидено, услышано относительно действий, связанных с влечениями, с конкретным представлением о самих действиях, но не о цели. В дальнейшем возможно закрепление с появлением признаков нарушенных влечений.

Полнота осознания влечения зависит от многих причин (уровень интеллектуального созревания, сила и вид влечения, способность к самоанализу, знакомство с опытом других, столкновения с законом, понимание недозволенности). В случаях, когда речь идет только о возрастной расторможенности влечений или легких нарушениях, большое значение для их осознания и подавления имеют культурный уровень семьи и воспитание волевого контроля поведения.

Понятие «борьбы мотивов» в подростковом возрасте весьма вариативно. При навязчивых влечениях эта «борьба» бывает наиболее интенсивной, часто ведется при помощи ритуалов (подросток не выходит на балкон при стремлении броситься вниз, не подходит к рельсам при влечении лечь под поезд) или символических действий (при влечении к самоубийству, например, подросток проводит по горлу линейкой). При насильственных влечениях, приближающихся к автоматизмам, охваченность переживаниями бывает такова, что борьба с ними, несмотря на ощущение их чуждости, практически невозможна. При влечениях, «присущих личности», обычно отсутствует борьба мотивов. После первого привлечения к уголовной ответственности борьба мотивов при возникновении влечения оказывается очень интенсивной и может сочетаться с отрицательным отношением к самому влечению.

Не менее важна другая закономерность, заключающаяся в том, что нарушенное влечение редко ограничивается каким-либо одним вариантом. Значительно чаще отмечается сочетание разных расстройств влечений и их последовательная смена на разных возрастных этапах (дромо-, пиромании, парафилии и их эквивалент в виде влечений к агрессивно-садистским поступкам).

Судебным психиатрам хорошо известно, что об истинных расстройствах влечений можно говорить только тогда, когда констатируется определенная совокупность признаков: приступообразность, повторность, наличие в до- и постприступном периодах аутохтонных аффективных расстройств с головной болью, ощущением дискомфорта, быстро нарастающим чувством овладения побуждениями, недостаточный учет конкретной ситуации.

Еще одна важная закономерность расстройств влечений заключается в сложности психопатологических синдромов. Тесная связь влечений с аффективными расстройствами, которые предшествуют патологическому влечению, сопровождают и завершают его. Наряду с этим другие психопатологические синдромы у подростков (сверхценные идеи, фантазии) выступают как эквиваленты влечений на разных стадиях их становления, могут долго вуалировать уже формирующееся патологическое влечение или как бы моделировать его. Их появление, более характерное для эндогенных заболеваний и органических поражений головного мозга, свидетельствует о становлении расстройств влечений и развертывании клинической картины в целом.

Сексуальные парафилии чаще всего начинают формироваться в подростковом возрасте и в подавляющем большинстве случаев сочетаются с нарушенным психосоциальным созреванием. В современной сексопатологии выделяют понятия сомато- и психосексуального созревания. Последнее не идентично понятию психического созревания и включает в себя такие компоненты, как формирование полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций. Пубертатному периоду в норме соответствует формирование психосексуальных ориентаций. В течение этого периода происходит становление платонического, эротического и сексуального либидо. Психосексуальное созревание считается задержанным, если платоническое влечение формируется с 14–15 лет, а ускоренным — при появлении сексуальной активности у детей до 10 лет.

Бурное половое созревание при незрелости психики, неподготовленности сдерживающих механизмов само по себе может привести к выявлению такого сексуального влечения, не патологического по существу, но ничем не сдерживаемого (интеллектуальный и волевой контроль), которое может стать причиной противоправных действий.

В процессе возрастной динамики синдрома расстроенных влечений сексуальный компонент может присоединяться лишь на более поздних этапах, после периода сверхценных стереотипных увлечений и фантазий с агрессивно-садистской тематикой и гедонистическими переживаниями, а также периода появления садистических и мазохистических переживаний.

Чем более выражен гедонистический эффект, тем быстрее происходит становление парафилии.

Агрессивно-садистские влечения в детстве часто проявляются в виде сверхценных увлечений и фантазий с соответствующей тематикой. В пубертате они характеризуются появлением сексуального садизма или изощренного мазохизма. В дальнейшем присоединяются сексуальные переживания, появляется приступообразность возникновения агрессивно-садистских влечений (убить, избить), изменения аффекта («при виде крови происходило успокоение») и тенденция к реализации (полной или частичной).

**Судебно-психиатрическая оценка** расстройств влечений в подростковом возрасте крайне затруднена именно потому, что они недостаточно сформированы и часто проявляются в виде эквивалентов (фантазии, рисунки, особые интересы, аутохтонные аффективные колебания и пр.). Основаниями для заключения о невменяемости являются раннее появление признаков патологических влечений по типу импульсивных и неодолимых, повторность их возникновения по типу аутохтонных стереотипов патологического поведения, сопряженность с дисфорическими расстройствами при отсутствии заметных социальных девиаций личности. В связи с частотой социально обусловленных форм поведения по типу расстроенных влечений судебно-психиатрическое заключение чаще основывается на оценке всего психического состояния в целом.

### *3.1.7. Синдром пубертатной астении, юношеской астенической несостоятельности*

Этот синдром также нозологически нейтрален и коррелирует с выраженностью дисгармоничности пубертатного криза. Наиболее выраженным он бывает на высоте пубертатного криза (14–15 лет), но может сопровождать весь этот период целиком, протекая волнообразно или по типу фаз. Синдром представлен снижением побуждений, повышенной истощаемостью, падением интеллектуальной продуктивности, утомляемостью, вялостью, раздражительной слабостью, головной болью и нарушениями сна. В связи с этим наблюдается временная психическая несостоятельность, когда подростки выглядят и чувствуют себя поглупевшими, неполноценными. На этом фоне психогенно, соматогенно или аутохтонно могут возникать очерченные астеноапатические или астенодепрессивные состояния, так что психический статус напоминает негативные изменения по шизофреническому типу (сходство с редукцией энергетического потенциала, по Conrad К.,1958). Значение этого синдрома состоит еще и в том, что на фоне астении отмечается возникновение других психопатологических проявлений, типичных для подросткового возраста. Все это определяет большую диагностическую значимость указанного синдрома.

Аффективные расстройства в подростковом возрасте встречаются в структуре любого другого психопатологического синдрома, а в наиболее очерченном виде, как облигатная симптоматика, включены в острые аффективные реакции и психогенные расстройства. Поэтому их описание более целесообразно отнести к соответствующим разделам.

### *3.1.8. Патологический пубертатный криз*

Возрастная специфика психических расстройств не исчерпывается предпочтительностью возникновения отдельных психопатологических синдромов и своеобразием их клинической структуры. Не менее существенна и другая закономерность, заключающаяся в характерности сочетаний двух или нескольких синдромов, формирующих целостные клинические картины, их взаимосвязанности и взаимозависимости. Сложные симптомокомплексы в виде патологических состояний, типичных для подросткового возраста, имеют свои конкретные клинические психопатологические характеристики.

Среди описанных выше трех форм (см. раздел 2) анормально протекающего пубертатного криза (психологический криз созревания, дисгармонически и патологически протекающий пубертат) остановимся на последнем.

Понятие патологического пубертатного криза в психиатрии впервые было клинически очерчено К. Кальбаумом (1884) в его учении о гебоидофрении. Основная идея этого учения состояла в выявлении тесной зависимости возникновения гебоидофрении и ее клинического оформления от пубертатного криза (возрастного фактора) и установлении связи между искаженным психическим развитием и появлением таких своеобразных психических расстройств, которые «не сравнимы ни с одной из известных форм психических заболеваний». Из трех вариантов гебоидофрении гебоиды были выделены в качестве самостоятельного патологического состояния юношеского возраста. В настоящее время возможность существования гебоидных состояний вне рамок шизофрении признана многими психиатрами, как и положение об их полиэтиологичности. Таким образом, патологический пубертатный криз может выступать в двух вариантах: 1) гебоидные состояния; 2) собственно патологический пубертатный криз.

#### 3.1.8.1. Гебоидные состояния как вариант патологического пубертатного криза

Психопатологическая структура гебоидных состояний вариабельна сама по себе и в зависимости от нозологической принадлежности. Самая простая дихотомическая группировка состоит из двух вариантов: «простые» и «сложные» гебоиды. Обобщенная характеристика простых гебоидов представлена карикатурно-утрированными психологическими проявлениями искаженного пубертатного криза, астеническим симптомокомплексом, эмоциональной извращенностью и нарушениями влечений. Клиническая картина гебоидов включает выраженный инфантильный эгоцентризм, гротескное стремление к самоутверждению с грубой оппозицией к окружающему, полное игнорирование нравственных норм и ценностей, изощренную жестокость с садистскими компонентами, отсутствие чувства жалости и сострадания («моральный дальтонизм», Суханов С.А., 1912), склонность к импульсивной агрессии, отсутствие чувства долга, ответственности, интереса к продуктивной положительной деятельности при усиленном патологическом интересе ко всему, что связано с насилием, кровавыми расправами, убийствами, истязанием. К этому же ряду относятся нарушения поведения, отражающие все эти особенности психики, расторможенность влечений, примитивная гедонистическая мотивация своих действий, стремление к немедленной реализации поступков, что и определяет частоту ООД и выделение понятия «криминальный гебоид» (Риндеркнехт Г., 1920).

Сексуальная расторможенность у гебоидов бывает выражена очень интенсивно и нередко сопряжена со своеобразной охваченностью сексуальными переживаниями. Однако чаще речь идет не о повышенном сексуальном влечении, а о каких-то иных механизмах по типу нарушения волевых функций или так называемого инфантильного коллекционирования партнеров (Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., 1986), сверхценного стремления к самоутверждению, жажды власти (Гурьева В.А., 1989). Такой тип сексуального поведения особенно характерен для лиц женского пола и нередко является преобладающим в клинической картине.

Характерные для гебоидов нарушения влечений касаются не только сексуальной сферы, они являются полиморфными (дромомания, пиромания, ранний алкоголизм, токсикомания и наркомания). В клинической картине гебоидных состояний отмечается большой удельный вес аффективных расстройств в виде вспышек злобного аффекта, которые в части случаев оформляются по типу «короткого замыкания», а также аутохтонных расстройств настроения (укороченных аффективных фаз — эпизодов, по П.Б. Ганнушкину) — по типу дисфорических депрессий. Выделяют также (Личко А.Е., 1979) тип аффективного гебоида, при котором все нарушения развертываются на фоне легкого гипоманиакального состояния с расторможенностью либо субдепрессии со злобностью или склонностью к алкоголизации.

В структуре сложных гебоидов облигатные проявления сочетаются с собственно подростковой психопатологией, которая, оставаясь по содержанию возрастной, приобретает характеристики той нозологии, в рамках которой возникают гебоидные состояния. Основным психопатологическим расстройством при этом являются патологические сверхценные образования, достигающие в части случаев (при патологических развитиях, шизофрении) характера мировоззрения (мизантропия, абсолютный приоритет убийцы, разрушителя) и определяющие поведение гебоидов. Содержание разнообразных сверхценностей отражает основные гебоидные расстройства и находит свою разработку в патологических образных аутистических агрессивно-садистских фантазиях, отношение к которым также оказывается сверхценным, в обильных рисунках, инфантильных схемах «уничтожения противника», в педантичном подсчете «убитых в каждом бою».

Установлено, что гебоидные состояния могут возникать и до подросткового возраста. Так, при ранних органических поражениях головного мозга и детской шизофрении могут иметь место гебоидные проявления или их предвестники, которые обозначены как «ранний гебоид» (Личко А.Е., 1989). Отмечаемые при этом такие расстройства, как ненависть к близким, патологическое фантазирование (Личко А.Е., 1989), агрессивно-садистские влечения, полиморфные страхи (Кравцов С.С., 1987), наблюдаются только при шизофрении. Для органических поражений более характерны выраженные жестокие перверзные поступки, полиморфные нарушения инстинктивной деятельности (Авров Г.В., 1990).

В наиболее очерченном виде гебоидные состояния чаще все же наблюдаются при юношеской шизофрении. Диагностическое значение при этом имеют следующие признаки: отвлеченность, вычурность, аутистичность, стереотипность фантазий, неадекватность и безмотивность агрессивных поступков, постепенная нивелировка личностных особенностей и явлений психологического криза с нарастанием негативных изменений личности, падение психической продуктивности, наличие выраженной сексуальной распущенности без признаков усиленного влечения, грубые расстройства критических способностей; определенный спектр аффективных расстройств в виде дисфорической, сенестопатической и ипохондрической депрессий (Наджаров Р.А., 1983), аутистической или ипохондрической депрессии с претенциозной нелепой экспансивностью (Кречмер В., 1972).

При органических гебоидных состояниях на фоне преобладающей дисгармонической ретардации наблюдаются симптомы психофизического инфантилизма, задержанное интеллектуальное созревание, малая дифференцированность эмоций, выраженность пароксизмальности в проявлениях чрезвычайной жестокости, мстительности, с грубыми расстройствами влечений на фоне дисфорий, стойкость сверхценных переживаний ненависти, склонность к застойности злобного аффекта, к повторности и изощренности агрессии.

Судебно-психиатрическое значение гебоидных состояний определяется тем, что они сопряжены с совершением самых тяжких, жестоких садистских множественных убийств и насилий, а также со сложностью экспертной оценки, поскольку симптоматика длительное время благодаря аутистическому характеру патологических переживаний, внешне маскирующихся за асоциальными формами поведения, вплоть до совершения криминальных действий, остается нераспознанной.

Обращает на себя внимание то, что убийства и изнасилования совершаются гебоидами в одиночестве; как правило, они обусловлены неодолимым или импульсивным побуждением на фоне измененного настроения по дисфорическому типу, характеризуются длительным истязанием жертвы, явным смакованием своих действий. Такие подростки с чрезмерной откровенностью (порой обнаженностью) описывают свои гедонистические ощущения (переживая их вновь) от запаха крови, треска переламываемых костей, звука от разрывания внутренностей и криков жертвы. В патологических случаях эти подростки не испытывают никаких ощущений, кроме чувства удовольствия — ни страха, ни колебаний, ни сострадания, ни понимания последствий, хотя подробное изложение событий этих периодов свидетельствует об отсутствии нарушенного сознания. У таких подростков часто не отмечается антисоциального прошлого в допубертатном поведении. В некоторых случаях эти состояния развиваются у гебоидных подростков при алкогольном опьянении, причем описанные компоненты могут сохраняться в полной мере. При этом приходится констатировать алкогольное провоцирование острых гебоидных состояний, которые могут приобретать характер тяжелых пароксизмов.

Клиническими критериями невменяемости являются: патологический характер сверхценных идей, фантазирования, влечений, приближающихся по охваченности к идеям овладения и определяющих поведение; наличие аутохтонных аффективных расстройств; отсутствие адекватных эмоциональных переживаний в отношении совершенных ООД; выраженность психических изменений до степени стойкой дезадаптации и некорригируемости поведения; гротескность пубертатных психологических изменений, приближающихся к психопатологическим нарушение критических способностей.

#### 3.1.8.2. Собственно патологический пубертатный криз

Данный вариант течения криза, несмотря на сходство с гебоидными состояниями, значительно отличается от них.

Основное место в клинической картине занимают пубертатные психопатологические личностные синдромы, а также утрированные проявления психологического криза созревания, но отсутствуют такие кардинальные для гебоидов расстройства, как анэтический симптомокомплекс с диссоциированной эмоциональностью, вычурная жестокость, выраженность садистского компонента влечений, отчетливая шизоформность расстройств, эндогенная окраска астенической юношеской несостоятельности. Среди аффективных расстройств преобладают астеническая и дисфорическая депрессии, но последняя обычно не достигает психотического уровня.

Патологический пубертатный криз чаще всего представляет собой возрастной этап в динамике разных психических заболеваний и состояний. Достоверно реже патологический пубертатный криз возникает вне рамок какого-либо психического заболевания как самостоятельное патологическое состояние (6% наблюдений). Нозологические различия в проявлениях патологического пубертатного криза складываются из тех дифференциально-диагностических признаков, которые уже перечислены при описании психопатологических синдромов и состояний.

Выявление расстройств в рамках патологического пубертатного криза принципиально важно и для более полного понимания возрастной динамики разных нозологических форм, и для уточнения роли пубертатного криза в генезе психических расстройств, и для более адекватной и полной систематики пубертатной психопатологии, и для решения судебно-психиатрических вопросов. Так, в частности, учитывая временный характер возрастного утяжеления клинической картины, патологический пубертатный криз следует рассматривать по отношению к инкриминируемому деянию как временное расстройство психической деятельности (кроме тех случаев, когда эти состояния возникают на фоне хронических психических заболеваний).

Для обоснования положения о правомерности выделения понятия «патологический пубертатный криз», проявляющегося как этап динамики психического заболевания, важное значение приобретают следующие условия: 1) массивное выявление в период пубертата психических нарушений при их отсутствии или малой выраженности в до- и постпубертатном периодах; 2) значительное преобладание в клинической картине симптоматики, преимущественной для подросткового возраста; 3) наличие утрированных проявлений психологического криза созревания и соответствующих форм реагирования; 4) наличие количественных и качественных корреляций возрастной симптоматики с асинхронно протекающим кризом (дисгармоническая акселерация и ретардация). Для выделения патологического пубертатного криза в качестве самостоятельного психопатологического образования существенное значение имеют также: 5) хронологическое соответствие, начало и редукция психопатологических проявлений периоду психо- и соматоэндокринного созревания; 6) отсутствие до пубертата и после его завершения продуктивной психопатологической симптоматики, характерной для той или иной нозологической формы; 7) исключение истинной прогредиентности и отсутствие нарастания негативных личностных расстройств по шизофреническому или органическому типам.

# **Глава 4. Возрастные особенности клиники отдельных нозологических форм и их судебно-психиатрическая оценка**

Психиатры-эксперты чаще всего наблюдают в подростково-юношеском возрасте ранние резидуально-органические состояния, затем психопатии, шизофрению, олигофрении, психогенно обусловленные реактивные состояния, инфантилизм, различные варианты зависимости от психоактивных веществ и реже других — эпилепсию.

## 4.1. Расстройства и изменения личности

Для правильной диагностики психических расстройств в подростковом возрасте особое значение приобретает изучение психопатий в связи с частотой психопатоподобного оформления практически любого психического заболевания. Основу психопатии составляют стойкие личностные нарушения, формирующиеся с детства и обычно заканчивающие свое становление к концу пубертатного периода. В это время нередко еще отсутствует четкая клиническая структура психопатий, а патохарактерологические особенности представлены в виде подвижной мозаики (Ганнушкин П.Б., 1933).

Пубертатный криз привносит свои, часто гротескно подчеркнутые, возрастные особенности психики, которые, при наличии массивной кризовой симптоматики, могут ошибочно расцениваться как психопатии. Поэтому при установлении диагноза психопатии (расстройства личности, по МКБ-10) необходимо исключить все те состояния, которые только похожи на психопатию, но таковыми не являются (изменения личности, по МКБ-10).

Считается, что при психопатиях ущербны эмоциональная и волевая сферы, в то время как интеллект не страдает. Однако понятие полноценности интеллекта здесь относительное. Наряду с возможностью интеллектуальной одаренности отмечается выраженная неравномерность интеллектуальной продуктивности в зависимости от аффективного состояния психопатической личности. В стрессовых ситуациях поступки такой личности могут поражать алогичностью и «аффективной логикой». В субъективно трудных условиях происходит снижение или искажение способности к прогнозированию последствий собственных действий и учету прошлого опыта.

При психопатиях аномальными являются не отдельные характерологические нарушения, как это имеет место при акцентуациях личности (Леонгард К., 1981), а весь психический склад, вся личность в целом. Этот обязательный для психопатий признак — тотальность личностных отклонений — обычно сочетается с их стойкостью и такой степенью выраженности, которая нарушает способность к адаптации. Наличие совокупности этих трех признаков определяет правомерность установления диагноза психопатии (триада П.Б. Ганнушкина — О.В. Кербикова). Наряду с этим, по В.А. Гурьевой (1971), следует учитывать также возможность: 1) определенной психопатической структуры личности (возбудимой, истерической и т. д.); 2) преимущественно однотипного способа психопатического реагирования; 3) клинической динамики (реакции, декомпенсации, фазы, патологическое развитие); 4) аффективных колебаний (психогенные и спонтанные расстройства настроения).

В учении о психопатиях одним из самых сложных и пока не имеющих единого толкования является вопрос об их этиопатогенезе. В настоящее время наиболее доказанной и адекватной является позиция, согласно которой психопатии полиэтиологичны. Это означает, что в возникновении психопатий участвуют несколько факторов, один из которых может иметь решающее значение. В зависимости от этого О.В. Кербиковым выделено три группы психопатий. Первая группа — «ядерные», «конституциональные» или «истинные» психопатии. Здесь главную генетическую роль играет наследственность, конституция (то есть биологические факторы), однако немалое значение в формировании психопатий имеют также ситуационные факторы. Вторая группа — «органические психопатии». Их биологической основой является рано (до 3,5 лет, по Г.Е. Сухаревой) приобретенная легкая органическая недостаточность, так называемая «минимальная мозговая дисфункция», приводящая к органической аномалии развития (но не к органическому дефекту). В этой группе роль внешних ситуационных факторов более отчетливая и тем значительнее, чем менее выражена органическая недостаточность. Третья группа — «краевая», она находится «на краю шкалы возрастающего преимущественного влияния среды по сравнению с изначальной биологической неполноценностью» (Кербиков О.В., 1971). Здесь роль биологических факторов минимальна, и основное, хотя и не абсолютное, значение в формировании психопатий принадлежит психогенным и ситуационным факторам.

Типологии психопатий многочисленны. Согласно МКБ-10, адаптированной для использования в России, психопатии («расстройства зрелой личности») подразделяются на 10 основных клинических вариантов:

*F60.0* Параноидное расстройство личности

*F60.1* Шизоидное расстройство личности

*F60.2* Диссоциированное расстройство личности

*F60.3* Эмоционально неустойчивое расстройство личности

*F60.30* Импульсивный тип

*F60.31* Пограничный тип

*F60.4* Истерическое расстройство личности

*F60.5* Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности

*F60.6* Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

*F60.7* Зависимое расстройство личности

*F60.8* Другие специфические расстройства личности

*F60.9* Расстройство личности неуточненное

В связи со значительными расхождениями этой классификации психопатий с систематикой, принятой в отечественной психиатрии, такие типы как неустойчивая, возбудимая, астеническая, паранойяльная психопатии придется относить к рубрике *F60.8* (другие специфические расстройства личности).

Ни одна из перечисленных форм психопатий не выявляется в «готовом» виде в раннем детстве, хотя именно с этого времени (особенно в группе ядерных психопатий) начинается их формирование. Процесс становления психопатий происходит в детском и подростковом возрасте, а иногда продолжается и в юношеском, искажая нормальное онтогенетическое развитие и созревание психики (психопатический дизонтогенез). До окончания пубертатного криза необходима большая осторожность в постановке диагноза психопатии, поскольку с этим сопряжены многие социальные последствия, в том числе решение вопроса о годности к военной службе и трудоустройстве.

Если обратиться к начальным проявлениям психопатии (первый этап), то клинические разновидности психопатических проявлений в детстве практически исчерпываются определенными элементарными проявлениями по возбудимому, истерическому, астеническому или неустойчивому типам, в основном в виде форм реагирования. Иными словами, клиническая картина в это время не дифференцирована, фрагментарна и подвижна.

В дальнейшем, если наступает следующий (второй) этап развертывания личностной аномальности, то происходит формирование психопатии; если же отдельные характерологические особенности остаются на одном и том же уровне, не обнаруживая тенденции к поступательной динамике, их следует расценивать не как психопатии, а как акцентуации личности или характера (Леонгард К.,1981; Личко А.Е., 1983). Отдельные аномальные черты при этом не складываются в определенную психопатическую структуру, не сопровождаются клинически очерченными динамическими сдвигами (декомпенсации, фазовые состояния), не патологизируют личность в целом и не нарушают способности к адаптации и коррекции своего поведения.

На втором этапе формирования психопатии (негативная фаза пубертата) ярко проявляется мозаичность клинической картины (главным образом за счет преобладания кризовой симптоматики). В это время отмечается не только лабильная взаимозаменяемость психопатических синдромов, но и многообразие утрированных возрастных особенностей психики (стремление к самоутверждению, эгоцентризм, инфантилизм, реакции оппозиции, имитации, отказа и т. д.), психоэндокринные проявления и, нередко признаки педагогической запущенности. В этот же период может возникать склонность к полиморфным сверхценным образованиям.

Постепенно один из психопатических синдромов начинает занимать доминирующее положение в клинической картине. Для установления типа формирующейся психопатии следует учитывать такие признаки, как особенности моторики, психическая активность, экстра- или интравертированность, подвижность или ригидность психики, организованность, склонность к тем или иным невротическим реакциям.

Динамические психопатические сдвиги в подростковом возрасте отличаются от того, что наблюдается при сложившейся психопатии. Так, психопатические реакции прослеживаются на всех этапах формирования психопатии, всегда отражают ресурсы психики и вначале исчерпывают клиническую картину, а в дальнейшем приобретают клиническое выражение, соответствующее структуре психопатии. Декомпенсация (психогенное утяжеление психопатических проявлений в сочетании с аффективными расстройствами) и фазы (депрессивные, гипоманиакальные, дисфорические) возникают только к концу второго этапа становления, когда структура психопатии уже сформирована. Следует отметить, что фазы (то есть спонтанные расстройства настроения) в подростковом возрасте обычно не длительны и не развернуты («эпизоды», по Ганнушкину П.Б.).

Третий этап — это, по существу, завершение формирования психопатии и появление всех ее клинических характеристик.

Знание этапности формирования психопатий необходимо для установления точного диагноза и исключения состояний, лишь внешне сходных с психопатиями.

### *4.1.1. Группа возбудимых личностей*

Характерными чертами таких психопатических личностей являются вспыльчивость, «крайняя раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости», властность, эгоистичность, мстительность, склонность к периодам беспричинного злобного настроения, к бурному реагированию по механизму «короткого замыкания с двигательным разрядом», нетерпимость к мнению окружающих, требовательность, обидчивость, подозрительность, повышенное влечение к алкоголю, несмотря на его плохую переносимость, неуживчивость (они часто разрушают семьи, меняют места работы).

Описаны два варианта этой группы: 1) с преобладанием эксплозивности, готовности к сильному двигательному возбуждению, дисфориям (Roemer, 1910); 2) с преобладанием вязкой «конденсированной» аффективности, педантичной аккуратности, обстоятельности, мелочности, склонности к мистицизму («вязкий эпилптоид», по Minkowska F., 1923, 1935).

*Первый этап.* Самыми ранними проявлениями бывают: двигательное беспокойство, легкая возбудимость, беспокойный сон с подергиваниями. Уже в ясельном возрасте дети считаются трудными (излишняя подвижность, стремление во все вмешиваться, необузданные шалости, неожиданные приступы жестокости и ярости по отношению к матери и другим детям). В дошкольном возрасте отмечаются усиление этих ранних проявлений, появление устрашающих снов, сноговорений, вегетативной лабильности. При наличии длительной психогенной ситуации более заметной становится неровность настроения, иногда принимающая характер малоочерченных приступов, длящихся до нескольких часов и сопровождающихся угрюмостью, капризностью, повышенной раздражительностью, гневливостью. В ответ на замечания возникают бурные аффективные вспышки. Часто это становится заметным к концу урока, свидетельствуя о психической истощаемости (преимущественно при органических психопатиях). Резко выраженные трудности поведения вызывают необходимость гиперопеки со стороны старших как единственной возможности заставить таких детей заниматься. При отсутствии у преподавателя достаточного терпения начинают обнаруживаться явления педагогической запущенности, дети отстают в учебе, бросают школу.

*Второй этап.* В целом он характеризуется постепенным выкристаллизовыванием психопатической структуры, усилением взрывчатости, закреплением к концу этого периода однотипного способа реагирования и спонтанных колебаний настроения, усилением расторможенности влечений. Особенностями этого этапа являются большая зависимость интенсивности клинических проявлений от ситуационных моментов и медленное нарастание черт психологического криза созревания. В это время постепенно выявляется парциальная психическая незрелость, активность и стеничность принимают гротескные формы, возникает жестокость, а иногда и садистские тенденции. Особенно заметными становятся сниженный интерес к учебе, повышенная самооценка, нетерпимость к ущемлению своих прав. Все это обусловливает резкое учащение конфликтных ситуаций и реакций, носящих характер аффективных взрывов, истерической двигательной бури, протеста. Аффективные реакции протекают бурно, иногда с суженным сознанием, выраженными вегетативными компонентами и завершаются нередко астеническими симптомами.

Реакции протеста отличаются активностью, стремлением сделать назло, мстить, разрушать. При наличии истерических компонентов выражены элементы самовзвинчивания и внешняя яркость проявлений при меньшей глубине нарушений. В иных случаях, когда преобладает кумуляция отрицательных гневливых переживаний, реакции носят более патологический характер.

К концу второго и началу третьего этапа после указанных реакций возникает временное усиление характерологических нарушений. Последнее создает готовность к новым конфликтам и новым реакциям, то есть постепенно формируется психопатический цикл (по Кербикову О.В.: дисфория — конфликт — реакция на него — дальнейшее усугубление психопатических особенностей). Соответственно усиливаются проявления дезадаптации, возникают малокорригируемые нарушения поведения. Исключенные из учебных учреждений подростки не удерживаются и на работе. Педагогически запущенные, они производят впечатление интеллектуально отсталых, хотя умственного недоразвития у них, как правило, нет. Нередко уже в это время появляется тяга к алкоголю и сексуальным эксцессам.

*Третий этап* — период завершения формирования психопатии, когда клиническая картина соответствует трем критериям диагностики психопатий.

Особое положение, главным образом в социальном плане, занимают эпилептоиды. Характерным для этих лиц наряду с повышенной возбудимостью является, как мы уже отмечали, вязкая аффективность, педантизм, замедленность и ригидность мышления. Эти особенности могут быть выраженными и скомбинированными по-разному. В случаях глубокой психопатии наряду с массивностью эпилептоидных свойств отмечается склонность к фазовым состояниям и декомпенсациям, во время которых резко усиливается тенденция к застреванию на отрицательных переживаниях, появление сверхценного чувства ненависти, идей мести. Это приводит к упорно повторяющимся актам жестокой мести, поджогам, насилию, дромомании и пр. Для эпилептоидов характерны также тяжелый, амнестический характер опьянения с агрессией и насилием, а также легкость формирования запойного пьянства и сутяжно-паранойяльного развития.

### *4.1.2. Группа истерических личностей*

Для них характерны позерство, театральность, жеманство, стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание, поиски признания, постоянное желание казаться лучше, чем они есть, крайний эгоцентризм, эксцентричность, повышенная, но поверхностная и изменчивая эмотивность. Им свойственны также внушаемость и самовнушаемость, склонность к вытеснению травмирующих переживаний, к бегству в болезнь, к «косметической лжи», псевдологии, фантазированию, мошенничеству, авантюризму. Более, чем при других формах психопатий, здесь выражен дисгармонический инфантилизм, а в мышлении — аффективная логика. В субъективно трудной ситуации легко возникают истероневротические картины (истерический мутизм, астазии-абазии, функциональные параличи), бурные аффективные реакции (демонстративные рыдания, «закатывания», нанесение себе повреждений, истерические припадки и пр.). Патологическое фантазирование может сопровождаться визуализацией зрительных представлений, сужением сознания и даже частичной амнезией реальной обстановки.

В этой группе также описаны два варианта: 1) с преобладанием склонности к фантазированию и 2) с преобладанием склонности к элементарным истерическим реакциям (Гурьева В.А., 1960).

*На первом этапе* становления психопатии отмечаются повышенная впечатлительность, склонность к паясничанию, подражание, капризность, изменчивость настроения. Такие дети активно стремятся производить впечатление и, если им это удается, быстро ориентируются в ситуации и начинают пользоваться преимуществами своего положения. Стремление удержать позиции «любимца» порождает многочисленные вымыслы, к которым они склонны. Фантазирование проявляется у таких подростков и как форма реагирования на трудную ситуацию, и как свойство их личности.

В школе их выраженный эгоцентризм и стремление любыми путями занять центральное положение приводят к разладу отношений с окружающими и учащению конфликтов. Недостаток настойчивости и целеустремленности в выработке положительного стереотипа, неорганизованность и отсутствие выдержки создают уже в это время внутренний конфликт между желаниями и возможностями, не всегда осознаваемый в полной мере. Из-за капризности и эгоцентризма эти дети часто не удерживаются в учебных учреждениях.

*На втором этапе* незрелость и дисгармоничность психики становятся все более очерченными. Ведущим механизмом поведения становятся истерические эмоции. Последние явно превалируют в психике, выражаются бурно, по-детски, приобретают все более контрастный и демонстративный характер. Нарастает несоответствие между возможностями подростка, его претензиями и требованиями к нему со стороны семьи, школы. Наряду с истерическими реакциями и реакциями протеста значительно усложняется и фантазирование. Без вымыслов, «приключений», «признания» жизнь представляется «серой» и даже никчемной. В периоды измененного настроения стремление к признанию может приобретать сверхценный характер.

*На третьем этапе* происходит стабилизация личностной аномальности.

### *4.1.3. Группа неустойчивых личностей*

Наибольшее значение здесь имеют выраженная слабость высших волевых функций и, соответственно, повышенная внушаемость, податливость внешнему влиянию, крайняя изменчивость интересов, неспособность к длительному волевому усилию. Эмоции отличаются чрезмерной подвижностью, неустойчивостью и поверхностностью, а мышление определяется изменчивой эмоциональностью. Отмечаются выраженная склонность к внезапным маломотивированным решениям, продиктованным сиюминутными желаниями, легкость возникновения и закрепления патологии влечений, трудность выработки положительной адаптации, поиски путей наименьшего сопротивления. Неустойчивость целевых установок нередко приводит таких личностей к асоциальным формам поведения (бродяжничество, пьянство, азартные игры, сексуальные эксцессы).

На трудную ситуацию неустойчивые личности реагируют по-разному (собственной формы психопатического реагирования у них нет, реакции могут оформляться по истерическому, возбудимому или астеническому типам).

*Первый этап.* На первом этапе становления аномальные проявления почти исчерпываются симптомами повышенной возбудимости, элементарными формами истерического реагирования или явлениями раздражительной слабости. В период с 5 до 8 лет часто проявляются излишняя подвижность, любопытство, болтливость, крайняя неорганизованность и разбросанность, трудность выработки навыков опрятности и активное сопротивление запретам, быстрая потеря интереса ко всему, что перестает быть новым. Эти дети, как правило, наделены неплохим интеллектом и живым воображением, но устойчивых склонностей к чему-либо положительному (требующему усилий) они не обнаруживают.

С поступлением в школу трудности в поведении резко усиливаются, личностная неустойчивость нарастает, учеба быстро надоедает. Интересы, намерения, поступки нередко оказываются непредсказуемыми.

Увеличиваются «ножницы» между грандиозными планами и ничтожными результатами. Усиливающиеся внушаемость и подражательность могут проявляться как в отношении положительных, так и сугубо отрицательных «героев», лишь бы они казались сильными и необычными.

С началом пубертатного криза ослабевает привязанность к родителям, усиливается склонность к вымыслам, псевдологии. Как и вначале, черты неустойчивости обнаруживают тесную зависимость от особенностей микросреды.

*Второй этап.* Описанные особенности, ранее проявлявшиеся непостоянно, делаются все более выраженными, стойкими и определяющими все поведение подростка. Внушаемость начинает приобретать определенные формы: легко перенимаются плохие привычки, подростки ввязываются в любую авантюру, «за компанию», без особых раздумий, но внушить им чувство долга удается лишь на очень короткое время. Уже на этом этапе нередко обнаруживается склонность к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, причем интенсивность патологического влечения быстро нарастает.

*Третий этап.* Характеризуется тем, что психопатические особенности приобретают устойчивость, а нередко и тенденцию к усилению. Бесхарактерность, неорганизованность, лень, усиливающиеся патологические влечения, отсутствие единой устойчивой положительной установки приводят ко все более выраженной социальной дезадаптации, а подверженность отрицательным влияниям — к асоциальному поведению.

### *4.1.4. Группа астенических личностей*

Эти личности отличаются робостью, повышенной ранимостью, «мимозоподобностью», неуверенностью в себе, невыносливостью по отношению к интенсивным психическим раздражителям и физическим нагрузкам, выраженными колебаниями настроения и работоспособности с частыми спадами, склонностью к возникновению фобий, ипохондрических переживаний, к появлению чувства внутреннего напряжения и тревоги, к состояниям угнетения и отчаяния. Постоянным свойством этих личностей является раздражительная слабость, выступающая в виде вспышек аффекта при любом непосильном для них напряжении, а иногда и в виде агрессивных разрядов. Характерно также наличие соматических компонентов (головные боли при перегрузке, расстройства сна, неприятные ощущения в области сердца, снижение влечений). Астенические особенности могут сочетаться с истерическими чертами, сверхценными переживаниями.

### *4.1.5. Группа психастенических личностей*

Ананкастические (психастенические) личности — это нерешительные, не уверенные в себе, недоверчивые, тревожные, утрированно деликатные, с опасениями относящиеся ко всему новому и испытывающие трудности при его усвоении, охваченные постоянными сомнениями. Им присущи почти постоянное ощущение неполноты жизни, склонность к пониженной самооценке, к преувеличению значения мелких фактов, к постоянному самоконтролю, самонаблюдению, бесплодному мудрствованию, к депрессиям, пессимизму, сверхценным идеям, фобическим и навязчивым состояниям. Наряду с этим они самолюбивы, обидчивы, нетерпеливы, склонны к навязыванию своего мнения родным и подчиненным. Так же, как и астеники, они плохо переносят нарушения привычного жизненного распорядка.

В этой группе также описаны два варианта: 1) с преобладанием тревожной мнительности (Ганнушкин П.Б., Суханов С.А.) и 2) с преобладанием ригидности и склонности к болезненному мудрствованию (Жане П.).

### *4 1.6. Группа шизоидных личностей*

Наиболее характерными особенностями шизоидов принято считать патологическую замкнутость, интравертированность, дисгармоническую аффективность (различные, иногда противоположные, стремления могут сосуществовать, внешняя холодность сочетается с «мимозоподобностью»). Испытывая потребность в общении с людьми, но не умея наладить прочных эмоциональных контактов, шизоиды, как правило, остаются вне коллектива. Они склонны к мечтательности, отвлеченному аутистическому фантазированию, занятию абстрактными проблемами, коллекционированию необычных предметов, сочинению странных произведений. В целом они мало приспособлены, плохо ориентированы в практической реальности, упрямы, обидчивы. Мышление их в значительной мере абстрактное, аутистическое, в моторике отсутствуют естественность и гармоничность. У шизоидов легко возникают сензитивные идеи отношения, паранойяльные и параноидные реакции и развития.

Эмоциональность у шизоидов своеобразна с детства. Все, что связано с их увлечениями, вызывает переживания большого диапазона. При этом обращают на себя внимание быстрота возникновения реакций, величина их амплитуды и замедленное возвращение к исходному уровню.

Усиление и усложнение личностных особенностей в подростковом возрасте возникают часто на фоне трудных межличностных отношений. Усиливается эгоцентризм, повышенная самооценка сочетается с чувством собственной неполноценности, возникают сензитивность и эксплозивность, появляются расстройства настроения, которые при преобладании сензитивного полюса приближаются к депрессиям, а при наличии повышенной возбудимости и экспансивности — к дисфориям.

В период пубертатного криза чаще, чем в других группах психопатий, наблюдается резкий личностно-характерологический сдвиг, выявление разнообразных психопатологических синдромов, преимущественных для подросткового возраста, но нозологически нейтральных (патологическое фантазирование, сверхценные увлечения нередко с элементами метафизической интоксикации, разнообразные навязчивости, гебоидные компоненты и пр.). Сверхценные переживания иногда сочетаются с параноидной настроенностью, интерпретациями. К концу пубертатного периода многие из этих проявлений сглаживаются, однако шизоидные особенности стабилизируются.

### *4.1.7. Группа мозаичных личностей*

При клиническом описании психопатий многие авторы подчеркивают, что есть немало психопатических личностей, у которых крайне сложно или даже невозможно выделить доминирующий синдром, поскольку структура личности является сложной, как бы составленной из разнородных психопатических проявлений. В период структурирования (второй этап становления) при любой клинической форме психопатий, как правило, отмечается мозаичность клинической картины, которая в дальнейшем исчезает или становится менее заметной. В группе «мозаичных» нивелирования полиморфности клинической картины не происходит.

Начальные малодифференцированные личностные отклонения почти не отличаются от того, что наблюдается в других психопатических группах. Начало второго этапа также подчинено общим закономерностям становления психопатий. Возникая чаще всего в первый период пубертатного криза (12–15 лет), этот этап характеризуется значительным усложнением клинической картины не только за счет расширения круга характерологических расстройств, но и в связи с включением утрированных черт психологического криза созревания, невротических и специфически возрастных реакций (протеста, отказа, имитации, аффективных, невротических нарушений и т. д.).

Стержневой психопатический синдром либо не определяется с самого начала, либо оказывается нестойким. При этом в зависимости от внешних обстоятельств, экзогенных факторов, биологических циклов, возраста доминирующее положение занимают то одни, то другие психопатические проявления. В связи с этим мозаичные оказываются ближе то к одному, то к другому типу психопатий. При этом в большинстве случаев сосуществующие психопатические синдромы усугубляют уродливость личности и определяют неблагоприятную динамику психопатии (сочетание истерического, неустойчивого и эксплозивного синдромов, а также расстройств влечений; психастенического и шизоидного синдромов со склонностью к сверхценным образованиям; возбудимого, гипертимного и паранойяльного синдромов и др.). Иногда при этом возникает такое сочетание, которое способствует формированию асоциального поведения. Например, при комбинации синдромов повышенной возбудимости и неустойчивости склонность разрешать конфликты двигательными разрядами (что свойственно возбудимым личностям) может направляться асоциальным окружением, использующим повышенную внушаемость этих лиц (отличительная черта неустойчивых). Если же сочетаются истерические и эксплозивные черты, то стремление находиться в центре внимания, присущее истеричным лицам, реализуется не только с помощью фантазирования, лживости и других особенностей, но и через брутальность и взрывчатость эксплозивных проявлений. Высокая удельная значимость тех сочетаний, которые включают в качестве обязательного компонента черты, характерные для неустойчивых, обусловливает частоту среди мозаичных форм неблагоприятной динамики, главным образом в социальном плане.

Период формирования (становления) при краевых психопатиях имеет свои особенности в связи с многообразием психогенных и социально-психологических факторов, лежащих в их основе, и вариабельностью патогенетических механизмов. Эти обстоятельства определили возможность выделения четырех основных типов аномального формирования личности: 1) патохарактерологическое; 2) постреактивное; 3) невротическое и 4) дефицитарное.

В психиатрической практике группа патохарактерологических формирований (развитий) личности является наиболее важной ввиду их частоты и социального значения. В основе этого варианта краевой психопатии, выделенного и описанного О.В. Кербиковым и В.Я. Гиндикиным (1960), лежат хроническая, повседневная психотравматизация в микросреде и неправильное воспитание. Начальный этап, обычно совпадающий с началом обучения в школе, в основном выражается в повторных, часто полиморфных характерологических и поведенческих реакциях активного и пассивного протеста, отказа, имитации, эмансипации и т. д., которые возникают в тесной зависимости от психотравмирующей ситуации, неправильного воспитания и всегда психологически понятны. Следует иметь в виду, что спорадическое возникновение таких реакций еще не свидетельствует о патохарактерологическом развитии, поскольку они могут быть выражением особенностей реагирования незрелой психики ребенка. Однако если психотравмирующая ситуация не исчезает, постепенно появляются склонность к их повторению и закреплению, их количественная неадекватность, а в дальнейшем — превращение в патологические свойства личности. Так, в условиях систематического угнетения и унижения возникают такие особенности, как раздражительность, взрывчатость, ранимость, отгороженность, склонность к психогенным колебаниям настроения. В этих же условиях невропатически или соматически ослабленный ребенок становится робким, нерешительным, несамостоятельным, не уверенным в себе. Воспитание по типу «кумир семьи» в значительной мере определяет инфантилизацию ребенка и приводит к формированию черт тормозимой или истерической психопатии.

На этапе формирования, которому нередко способствуют дополнительная психогенная травма или соматическое неблагополучие, более отчетливыми становятся патологический модус личностного реагирования и преимущественные для каждой личности патохарактерологические особенности: аффективная возбудимость, тормозимость, истероидность, неустойчивость. Патологические черты характера не только начинают проявляться в реакциях, но и принимают стабильный характер.

Далее следует этап пубертатного полиморфизма (патохарактерологическая, аффективная, кризовая симптоматика), в котором немалое место занимают проявления шизоидности (сензитивность, отгороженность, неприязнь к лицам, имеющим отношение к психотравмирующей ситуации).

По окончании пубертатного периода закрепляются приобретенные свойства личности, возникают устойчивые психопатические структуры, отвечающие трем критериям П.Б. Ганнушкина (см. выше). Особенности формирования этого варианта краевой психопатии обусловливают частоту конфликтных ситуаций у таких личностей и их столкновений с требованиями закона (делинквентность).

Постреактивные развития (формирования) личности обычно возникают после повторных сверхсильных психогенных травм и на начальных этапах характеризуются остротой психогенной симптоматики. Сходны с ними невротические формирования, при которых психогенные реакции, лежащие в основе краевой психопатии, характеризуются не психотическим, а невротическим уровнем.

Наконец, дефицитарный тип личностного развития — это формирование патологического характера у детей с различными физическими (врожденными или приобретенными в результате хронических соматических страданий) дефектами. При этом чаще описываются астенические, аутические черты личности, эгоцентризм, ипохондричность, склонность к гиперкомпенсаторному фантазированию. В основе этих формирований лежит рано возникающий комплекс сверхценных переживаний своей неполноценности.

### *4.1.8. Дифференциальная диагностика*

Отграничение психопатий от клинически сходных психопатоподобных состояний иной болезненной природы и от непатологических девиаций личности относится к числу самых трудных вопросов (пограничное положение психопатий между здоровьем и болезнью, многообразие клинических проявлений, частота мозаичных и осложненных форм психопатий, широкий спектр клинической выраженности — от так называемых «латентных» психопатий до хронически декомпенсированных форм). Естественно, что наибольшие сложности представляет дифференциальная диагностика психопатий в подростково-юношеском возрасте.

Непатологические девиации личности, связанные с педагогическими издержками, могут приобретать психопатоподобное оформление. Их выраженность находится в прямо пропорциональной зависимости от массивности отрицательных микросредовых воздействий (алкогольные традиции в семье, судимости родителей, тесный контакт подростков с асоциальной компанией, возникающий при их безнадзорности, и т. д.).

При всем многообразии индивидуального облика педагогически запущенных детей в их поведении можно отметить много общего. Для них характерны неуспеваемость, недисциплинированность, самовольное прекращение учебы, незанятость трудом, лживость, развязность и бравада, невыработанность запретительных механизмов, стеничность в достижении удовольствий и развлечений, предприимчивость, ловкость, хорошая практическая ориентированность, потребительское отношение к окружающим, эгоизм, отсутствие положительных идеалов, чувства долга, дефектность морально-этических установок и положительной системы ценностей, грубость, отказ от подчинения, озлобленность по отношению ко взрослым, повышенная аффективность, стремление к лидерству или безоговорочное подчинение «силе» в своей группе, выраженная наклонность к группированию, алкоголизации, антисоциальным поступкам. Указанные проявления могут наблюдаться в случаях формирующихся психопатий при наличии соответствующих внешних влияний, что и определяет необходимость их разграничения.

В отличие от психопатий, при педагогической запущенности отсутствуют закономерности поэтапного формирования патологических свойств личности, тотальность и стойкость психопатических проявлений, расстройств настроения, склонность к патохарактерологическим, невротическим, вегетативным реакциям и сверхценным образованиям, дисгармонический характер инфантилизма, истинные расстройства влечений, неуправляемость в поведении, нарушение критических способностей. Здесь также отсутствуют нарушения адаптации, которые при психопатиях выявляются рано и имеют тенденцию к нарастанию. Если при психопатиях в период пубертатного криза наблюдаются усиление и усложнение патохарактерологических особенностей, то при «запущенности» происходит расширение спектра социально-психологической деформации личности. Явления «запущенности» более пластичны в плане возможности их коррекции. При аффективных реакциях, к которым «запущенные» могут быть склонны, не наблюдается психопатической импульсивности, отмечаются больший учет ситуации, большая произвольность и целенаправленность, меньшее напряжение аффекта, редкость включения истерических компонентов, отсутствие последующих астенических проявлений.

При отграничении психопатий от шизофрении с неврозо- и психопатоподобной симптоматикой следует обращать особое внимание на такие признаки процессуальности, как преждевременное интеллектуальное развитие с одержимым отношением к учебе, стойкий гипоманиакальный фон настроения, раннее (в дошкольном возрасте) появление сверхценных увлечений и патологической привязанности к одному из родителей, аутистическое, оторванное от реальности и лишенное произвольности фантазирование, а также агрессивное фантазирование, сопряженное с ненавистью к людям, причудливость интересов, ранняя сексуальная расторможенность, появление неопределенных или непонятных фобий, интереса к бессмысленным занятиям с элементами стереотипий, возникновение в подростковом возрасте абстрактных навязчивостей, сверхценных идей справедливости, метафизической интоксикации, идей иных родителей, иного происхождения, пролонгированных астеноапатических состояний, изменений эмоциональности по типу «дерева и стекла», одержимой увлеченности самоусовершенствованием, гротескной гебоидности, идеаторных расстройств.

При оформлении психопатоподобного состояния по истерическому типу клинические проявления не так ярки и насыщенны, эмоции отличаются однообразием и парадоксальностью, истерические реакции более хаотичны и карикатурны. Постепенно присоединяются шизоидизация и трансформация истерической демонстративности в шизофреническую вычурность и манерность, инфантильной доверчивости и наивности — в регрессивную синтонность, истерохарактерологических черт — в гебоидные.

Психастенический психопатоподобный синдром как бы сдвинут к шизоидному полюсу, отличается обилием навязчивостей и фобий, малой выраженностью астенических компонентов. На более поздних этапах заболевания происходит трансформация мнительности в подозрительность и настороженность, нерешительности — в амбивалентность, неуверенности — в рефлексию. При наличии эксплозивного психопатоподобного синдрома обращает на себя внимание сочетание брутальных аффективных взрывов с общей эмоциональной обедненностью, холодной агрессии с периодами вялости, с выраженным и малопонятным негативизмом.

Поскольку среди генетических вариантов выделяется органическая психопатия, целесообразно провести ее отграничение от органических психопатоподобных состояний. Основу этой дифференцировки составляет тот факт, что при органической психопатии имеет место такая легкая органическая дисфункция, которая означает аномалию развития, а не органический дефект (Сухарева Г.Е., 1965). В отличие от органических психопатоподобных состояний, здесь отсутствуют выраженная задержка интеллектуального развития, диэнцефальные нарушения, судорожные припадки, такие психоорганические проявления, как головокружения, обмороки, непереносимость жары, духоты, езды в транспорте, выраженные психосенсорные и церебрастенические проявления, очаговая неврологическая симптоматика, органические изменения в спинномозговой жидкости, на ЭЭГ, РЭГ и др., «мерцание симптоматики», нечеткая зависимость от соматоневрологического состояния и т. д. В плане органических поражений ЦНС в детском возрасте следует обращать внимание на следующие признаки: длительное сохранение дефектной и плохо модулированной речи, малодифференцированная и однообразная эмоциональность, недостаточность тонких нюансов мимики, склонность к гиперкинезам лицевых мышц, к насильному гримасничанью, преобладание грубых аффектов, крайней психосенсорной возбудимости, извращение инстинктов и влечений, частота вялости, торпидности и сонливости, малый набор личностных синдромов: в основном эксплозивный, эпилептоидный, истеровозбудимый, неустойчивый (бестормозный). При этом отсутствуют также закономерности поэтапного становления личностных психопатических структур, выраженность которых коррелирует с особенностями динамики органического происхождения.

Отграничение психопатий от акцентуаций личности не представляет трудностей, поскольку акцентуации отражают, хотя и крайние, но варианты нормы (Леонгард К., 1981; Личко А.Е., 1983). Даже в случаях сходства акцентуаций с каким-либо клиническим вариантом психопатий здесь отсутствуют такие кардинальные для психопатий признаки, как дисгармонический характер психической незрелости, склонность к патохарактерологическим реакциям и декомпенсациям, дезадаптация и патологическая мотивация поведения.

Иногда наблюдается некоторое сходство психопатий с психическим инфантилизмом. Это и понятно, поскольку при психопатиях, особенно в юношеском возрасте, обычно имеет место психическая незрелость, а при психическом инфантилизме могут наблюдаться психопатоподобные формы поведения. Однако значительных трудностей разграничение этих состояний обычно не вызывает. Сама структура инфантилизма при психопатии иная: незрелость в этих случаях носит частичный, парциальный, а не тотальный характер, а главное — отличается дисгармоничностью. Кроме того, при инфантилизме отсутствуют характерная для психопатий динамика становления патологической личности, очерченность, выраженность и стойкость клинических психопатических структур и соответствующих им форм психопатического реагирования.

Динамика психопатий и после завершения их формирования определяется в основном внешними (экзогенными и средовыми) факторами. При этом в благоприятных условиях при небольшой глубине личностной патологии может наступить та или иная степень компенсации или даже нивелирование психопатических особенностей. Возможна даже депсихопатизация (Кербиков О.В., 1965), особенно в группах краевой и органической психопатии. Однако чаще такая благоприятная динамика оказывается непродолжительной. Любая вредность, особенно если она носит пролонгированный характер, может привести к оживлению психопатических проявлений.

Нередко наблюдается стабилизация клинической картины, то есть сохранение такой степени ее выраженности, которая имела место ко времени сформирования психопатии. Это могут быть и легкие психопатические проявления с редкими реакциями и единичными декомпенсациями, и тяжелые субкомпенсированные формы.

Неблагоприятная динамика чаще всего наблюдается при так называемых осложненных психопатиях (присоединение травм головы, мозговых инфекций, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и пр.), когда происходит постепенное утяжеление психопатии и учащение психопатических реакций и декомпенсаций.

При длительных психогенных ситуациях неблагоприятная динамика может проявляться в возникновении патологических (бредовых) развитий личности — паранойяльных, ипохондрических.

Следует учитывать психическую невыносливость психопатических личностей, легкость возникновения у них «срывов» (ухудшений состояния) под влиянием таких ситуаций, которые для психически уравновешенного индивида являются непатогенными или даже индифферентными. В связи с этим в отношении психопатических личностей выделены специальные понятия: условно-патогенная или индивидуально-непереносимая ситуации (Гиндикин В.Я., 1964). К числу последних, например, относятся: непереносимость равнодушия к себе истерических личностей, длительного психического напряжения у неустойчивых и возбудимых, публичных выступлений или срочного принятия решения у психастеников.

К этому же ряду явлений относятся и повышенные дисциплинарные требования во время службы в армии, которые, как показывает опыт, оказываются для психопатических личностей плохо переносимыми (Спивак Л.И., 1962; Кулаков В.С., 1976). Доказательством этому являются значительная длительность у них адаптационного синдрома, иногда нивелирующегося только по второму году службы, а также частота ухудшений психического состояния в первый год службы в виде декомпенсаций и повторяющихся психопатических реакций с неправильным поведением, с фиксацией реакций отказа, протеста, агрессивными или аутоагрессивными действиями, фугиформными тенденциями и пр.

Все это определяет важность четкой диагностики психопатии, окончательное подтверждение которой возможно только в условиях всестороннего стационарного обследования с привлечением объективных сведений и данных динамического клинического наблюдения, а также с использованием параклинических (патопсихология, ЭЭГ, РЭГ и др.) методов исследования.

При глубоких психопатиях отмечаются тотальная дезадаптация, неуправляемость в поведении, склонность к стойким патологическим сверхценным идеям, навязчивостям и фобиям, нарушение критических способностей. На фоне грубо нарушенного поведения здесь нередки повторные правонарушения, суицидальные попытки, агрессия. Эти лица большей частью не учатся и не работают даже при применении принудительных мер. Обнаруживается также неспособность к стойкому поддерживанию семейных отношений.

Традиционно в рамках психопатий рассматривались сексуальные расстройства, ранее даже использовалось самостоятельное понятие *«сексуальные психопатии»*. Однако на самом деле очень сложная нозологическая квалификация этих состояний дает значительно большие основания к диагностированию личностных изменений шизофренического или органического, а также олигофренического генезов. На фоне психосексуального дизонтогенеза могут сформироваться и быть выделены очерченные клинически самостоятельные парафильные синдромы и состояния. Остановимся на наиболее значимых клинических характеристиках сексуальных девиаций в подростково-юношеском возрасте.

**Асексуализм** — отсутствие сексуальной заинтересованности вследствие утраты полового влечения, удовлетворения, появления сексуального отвращения (предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от проявлений половой активности).

**Вуайеризм (скопофилия, миксоскопия, визионизм)** *—* сексуальная перверзия, заключающаяся в периодической или постоянной наклонности наблюдать за посторонними людьми, занимающимися сексом или такими «интимными делами», как раздевание. Это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы — подглядыванием через окно спальни, через дыру в стене кабины общественного туалета, при курсировании вдоль женского пляжа и т. п. Преимущественно встречается у подростков мужского пола при психопатоподобном варианте психоорганического синдрома, при личностных расстройствах, а также у больных шизофренией. В том случае, если вуайеризм становится единственным способом удовлетворения полового влечения, брак и семейная жизнь становятся невозможны.

**Геронтофилия** — извращение (перверзия), при котором имеет место сексуальное влечение к лицам пожилого и старческого возрастов, иногда сопровождающееся садистскими или мазохистскими тенденциями. Сексуальное влечение к сверстникам либо вовсе отсутствует, либо при этом чувство удовлетворения в достаточной мере не испытывается. Встречается относительно редко, чаще при психопатоподобных расстройствах шизофренического генеза. Фиксация признаков, свидетельствующих о неодолимости влечения, может иметь важное судебно-психиатрическое значение.

**Гиперсексуальность** — повышение полового влечения. Наблюдается чаще при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, а также в периоды возрастных кризов — пубертатных и при старении. Встречается и у мужчин (сатириазис), и у женщин (нимфомания). Характерно постоянное чувство сексуальной неудовлетворенности и поиск новых партнеров, неослабевающая потребность в половом удовлетворении. Особенно часто возникает при расстройствах личности (психопатиях), преимущественно гипертимного и истерического круга, а также при олигофрении.

При донжуанизме, наблюдаемом как у мужчин, так и у женщин, в основе частой смены партнеров лежит чувство отвращения, появляющееся после первых же сексуальных контактов, несмотря на непреодолимое половое влечение.

У девочек-подростков с повышенной аффективной возбудимостью преобладает повышенная сексуальность с беспорядочными половыми связями, фантазированием сексуального содержания (вымыслы о поклонниках, оговоры окружающих в сексуальных притязаниях). Расторможенность сексуального влечения у мальчиков отмечается реже, но проявляется раньше (14–15 лет), отличается большой напряженностью, умением добиваться его реализации. Крайняя гиперсексуальность отмечается в гипоманиакальной фазе шизоаффективного и маниакально-депрессивного психозов. Здесь могут иметь место не только ранняя половая жизнь, но и склонность к перверзиям — промискуитету (опасность последнего не только в повышенной возможности заразиться теми или иными болезнями, передающимися половым путем, но и в крайней трудности налаживания в дальнейшем прочных семейных отношений), интенсивной мастурбации, гомосексуальности в активной форме, к сексуальным оргиям с плюрализмом.

Необходимо учитывать возможность гиперсексуальности как вторичного образования не только при аффективных расстройствах, но и на ранних стадиях деменции.

**Гипосексуальность** — снижение половой активности вследствие половой дисфункции, обусловленной органической или психогенной причинами. С гипосексуальностью обычно коррелирует отсутствие сексуального удовлетворения (возникают нормальные сексуальные реакции и переживается оргазм, но нет адекватного удовольствия, что наблюдается чаще у женщин), невозможность контролировать или переживать оргазм.

Гипосексуальность может наблюдаться в рамках широкого круга психопатологических расстройств, начиная с неврозов и кончая дефектными состояниями процессуальной природы.

**Гомосексуализм** (инверсия; у мужчин — уранизм, у женщин — лесбиянство, сапфизм, трибадия) — половое влечение к лицам своего пола. Различают гомосексуализм — истинный (врожденный) и транзиторный подростковый, который следует рассматривать как псевдоперверзию.

Для врожденной формы гомосексуализма (активной у женщин и пассивной у мужчин) характерна следующая триада: 1) наличие с детского возраста соматических и личностных особенностей противоположного пола; 2) ощущение своей принадлежности к противоположному полу (нарушение сексуальной идентичности) и в связи с этим стремление фигурировать в качестве лица противоположного пола и носить его одежду; 3) направленность полового влечения на лиц одноименного пола (инверсия полового влечения).

Среди гомосексуалистов встречаются активные и пассивные типы. Гомосексуальные отношения, ведущие к половому удовлетворению, могут быть очень разнообразными — взаимная мастурбация, орально-генитальная практика, педерастия (у мужчин) и др. В рамках гомосексуализма со специальным выбором объекта различают педофилию, фебофилию (любовь к мальчикам-подросткам), геронтофилию. Гомосексуализм нередко сочетается с другими перверзиями: мазохизмом, садизмом, трансвестизмом.

Истинный гомосексуализм может рассматриваться как один из вариантов сексуальной ориентации, которая сама по себе в настоящее время не рассматривается в качестве расстройства, но может выступать в рамках таких психических девиаций, как психопатии, олигофрении, шизофрения и др.; как самостоятельная категория в современной классификации психических болезней (МКБ-10, 1994) он более не учитывается. Взамен этому выделяются следующие варианты психологических и поведенческих расстройств, связанных с сексуальным развитием и ориентацией.

1. Расстройство полового созревания: пациент страдает от сомнений в собственной половой принадлежности или сексуальной ориентации, что приводит к тревоге или депрессии; наиболее часто это имеет место в юношеском возрасте у лиц, которые не уверены в том, являются ли они гомо-, гетеро- или бисексуальными; или у лиц, которые после периода явно стабильной сексуальной ориентации, часто со стабильными отношениями, обнаруживают, что их сексуальная ориентация изменяется.

2. Эго-дистоническая сексуальная ориентация: половая принадлежность или сексуальное предпочтение не вызывают сомнения, однако индивидуум хочет, чтобы они были другими по причине дополнительно имеющихся психологических или поведенческих расстройств, и может искать лечение с целью их изменить.

3. Расстройства сексуальных отношений: нарушения половой принадлежности или сексуального предпочтения вызывают трудности в формировании или обеспечении отношений с сексуальным партнером. Каждая из этих категорий может иметь одно из следующих уточнений: гетеросексуальный тип, гомосексуальный тип, бисексуальный тип (используется только при очевидности сексуальной привлекательности обоих полов), другой тип (включая препубертатный).

Транзиторный подростковый гомосексуализм, по А.Е. Личко (1985), особенно сильно проявляется в закрытых учебных заведениях, где сосредоточиваются подростки одного пола. У старших подростков он бывает вызван сильным влечением при отсутствии объектов противоположного пола, у младших — реакцией группирования, имитации, соблазном, подражанием, а иногда и понуждением со стороны старших. От взаимной мастурбации переходят к петтингу, орально-генитальной практике, педерастии. У подростков мужского пола транзиторный гомосексуализм встречается чаще, чем у девушек. Причиной транзиторного гомосексуализма А.Е. Личко считал свойственную периоду становления полового влечения его малую дифференцированность (половое возбуждение у мальчиков-подростков может вызываться самыми разнообразными внешними раздражителями). Транзиторный подростковый гомосексуализм чаще встречается среди эпилептоидов и шизоидов, а также при гипоманиакальных состояниях маниакально-депрессивного и других психозов, а также у конформных и неустойчивых подростков (пассивная форма).

Дифференциальный диагноз между гомосексуализмом как формирующейся перверзией и транзиторной девиацией в подростковом возрасте опирается на следующие признаки. Характерные для первого из этих вариантов: 1) влечение к противоположному полу не только отсутствует, но его представители как сексуальный объект действуют отталкивающим образом; 2) сновидения во время поллюций носят исключительно гомосексуальный характер, как и эротические фантазии во время мастурбации; 3) активное выискивание подростком ситуаций, в которых можно увидеть обнаженными гениталии представителей своего пола; 4) продолжение гомосексуальных связей бывшими воспитанниками закрытых учреждений при появлении возможностей удовлетворения половой потребности с представителями другого пола.

Истинный гомосексуализм у подростков чаще отмечается при шизоидной и психастенической психопатиях, при органической психопатии Гуревича—Кербикова, а также при неустойчивой акцентуации, где он чаще встречается в пассивной форме, а также при подростковой малопрогредиентной шизофрении.

**Зоофилия (скотоложество, содомия)** — половое влечение к животным. Может быть перверзией истинной (в этом случае половой контакт с животными — единственный способ полового удовлетворения) и ложной (возникает в возрасте полового созревания у молодых людей, воспитывающихся в тесном контакте с животными; в этом случае эротическое наслаждение испытывается при верховой езде, дрессировке и т. п.). Обычно прекращается с началом нормальной половой жизни — за исключением случаев позднего появления у лиц с психопатизированием шизофренического или органического генеза; в этом варианте может сочетаться с другими перверзиями, например, с петтингом и/или промискуитетом, может иметь место регрессивная синтонность и другие болезненные расстройства.

**Мазохизм (пассивная алголагния, алгофилия, алгедония)** — расстройство влечений, характеризующееся желанием переносить боль, подчиняться насилию. Преимущественно речь идет о половой перверзии, при которой возбуждение и удовлетворение возможны лишь при истязаниях, причинении партнером физической боли, мучений, нанесении оскорблений. У детей возможны элементы мазохизма вне связи с сексуальной патологией, состоящие в тенденции к самоповреждению с получением эмоции удовольствия. У подростков при эпилептоидной психопатии может обнаруживаться склонность к мазохизму — вплоть до попыток незавершенного самоповешения (так называемая «аутоэротическая асфиксия») с целью вызвать оргазм.

**Садизм (активная алголагния, половой тиранизм)** — сексуальная перверсия, характеризующаяся стремлением причинить половому партнеру боль, увечье. Проявлением садизма в ряде случаев бывают истязания и даже убийства жертв извращенного полового влечения с последующим половым актом (бертранизм). Садизм заключается в том, что сексуальное наслаждение возникает в интимной ситуации, связанной с доминированием и безусловным подчинением партнера, потребностью полного физического и психологического господства над другим человеком, овладения им и полного подчинения, что сопровождается появлением у садиста сладострастных переживаний. В основе убийства в этих случаях лежат некрофильные тенденции, при которых подчас является целью не само убийство, а лишь половое сношение с мертвой или умирающей жертвой. Сексуальное удовлетворение иногда достигается и путем имитации генитального проникновения в тело жертвы, при котором разрываются естественные отверстия тела, разрезаются грудь, горло и половые органы. Иногда может быть расчленено все тело. В нозологическом плане речь идет о гебоидных состояниях чаще шизофренического или органического генеза, реже — при истинных психопатиях.

**Садомазохизм** — сочетание садизма и мазохизма, дополняющих друг друга и проявляющихся в различной мере у одного и того же человека, нередко в зависимости от обстоятельств: с одним партнером он мучитель (садист), с другим — жертва (мазохист).

**Клинические критерии невменяемости** при подростковых психопатиях несколько отличны от таковых у взрослых. Особое значение приобретает такой показатель, как «выраженная психическая и социальная незрелость» (Фелинская Н.И., Холодковская Е.М., 1981). Вопрос о степени и качестве психической инфантильности при подростковых психопатиях является, по нашему мнению, одним из самых важных. Многие авторы подчеркивают, например, роль психической незрелости в нарушениях адаптации у несовершеннолетних (Flavigny Ch., 1981; Lang J., 1978 и др.). W. Hallermann (1963) отмечает криминальную роль дисгармонического развития подростков с запоздалым появлением у них социальной зрелости. В работах В.Э. Дзержинского (1907), М. Блейлера (1955) и др. подчеркивалась возможность появления психической незрелости в условиях неправильного воспитания (так называемый «инфантилизированный характер»).

Синдром психического инфантилизма, носящий обычно у психопатических подростков парциальный характер, при глубоких психопатических состояниях оказывается не только более выраженным, но и более глобальным, так что иногда появляется значительное сходство с общим инфантилизмом лореновского типа. Однако при психопатиях сохраняется дисгармонический характер психической незрелости.

Показателями патологичности и инфантилизма может служить совокупность следующих признаков: а) преобладание в поведении подростка игровых компонентов; б) выраженная внушаемость и подражательность; в) резкая слабость высших форм волевых функций; г) легкость включения в любую деятельность, сопряженную с получением удовольствия, без продуманности и борьбы мотивов; д) аффективный характер побуждений и определенная импульсивность в реакциях и поступках; е) ущербность логического мышления; ж) выраженная зависимость суждений, умозаключений от аффективной установки в данный момент, их наивность и противоречивость; з) неумение соотносить свои поступки с реальной обстановкой; и) недостаточность критики.

В тесной связи с психической незрелостью при психопатиях у подростков находится дисгармоничность их психики, рассматриваемая нами как показатель глубины нарушений: сочетание внушаемости и упрямства, достигающего степени негативистических форм поведения; большой диапазон и резкие смены различных эмоциональных проявлений; при нормальном развитии интеллекта плохое приспособление к жизни, невозможность установления правильных социальных взаимоотношений; при достаточно частых столкновениях с окружающими — неумение приобретать опыт; несоответствие внутренних переживаний их внешнему выражению; повышенная самооценка и выраженное чувство собственной неполноценности; несоответствие между стремлением к самоутверждению и возможностями; недостаточно эмоциональное отношение к другим, вплоть до холодности, и легкость возникновения сверхценного отношения ко всему, что ущемляет собственное «я». Этот показатель следует учитывать в совокупности признаков. Существенное значение в определении степени уродливости психопатической личности имеют такие показатели, как некорригируемость поведения, тотальность дезадаптации и практическая беспомощность, недостаточность критической оценки (зависящая не только от психической незрелости, но и от глубины психопатии в целом).

К числу клинических критериев глубины психопатии следует отнести также особенности динамики этих состояний: наличие выраженной склонности к спонтанным утяжелениям психопатической симптоматики в форме дистимических и дисфорических состояний, а также «психопатических кризов», склонность к частым и клинически очерченным состояниям психопатической декомпенсации, появление элементов патологического развития личности на фоне сложившейся или структурирующейся психопатии в виде сверхценного отношения к какому-либо явлению с кататимностью мышления, односторонней патологической активностью и возникновением склонности к застреванию на отрицательно окрашенных переживаниях. Набор клинических критериев невменяемости в подростково-юношеском возрасте был бы неполным, если бы не включал признаков, характеризующих психическую патологию, общую для рассматриваемого возрастного периода. Установление степени выраженности «кризовой симптоматики» существенно дополнит нозологические критерии невменяемости и, соответственно, будет способствовать более точной судебно-психиатрической квалификации. Исследования в этом отношении чрезвычайно важны, ибо чем менее четкие критерии невменяемости, тем больше субъективизма в определении психических нарушений.

Поэтому к числу критериев невменяемости должны быть отнесены утрированные и некорригируемые психологические особенности пубертата (крайняя оппозиционность, вплоть до враждебности, патологическое сверхценное стремление к самоутверждению, анэтия), подростковая психопатология и истинные расстройства влечений в сочетании с отчетливыми асинхрониями физиологического и психосексуального созревания. Иными словами, в рамках психопатий, как при любых других нозологических формах, должен быть оценен патологический пубертатный криз, проявляющийся как этап динамики. Если это состояние появляется относительно автономно, вне рамок какой-либо нозологии, его с судебно-психиатрической точки зрения следует расценивать как «временное расстройство психики».

Констатация психопатии у подростка еще не дает основания для заключения о невменяемости. Психопатические особенности затрудняют регуляцию поведения, но, как правило, не исключают ее полностью. Невменяемыми признаются только подростки с глубокими изменениями личности: выраженной психической незрелостью, резко очерченной дисгармоничностью психики, некорригируемостью поведения, тотальной дезадаптацией и практической беспомощностью, стойкой склонностью к спонтанным утяжелениям психопатической симптоматики, к частым психопатическим декомпенсациям, а также патологическим характером кризовой симптоматики и недостаточностью критических способностей. Такая глубина психопатии исключает возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

## 4.2. Ранние церебральные резидуально-органические состояния

В отличие от органических психопатий, психоорганические расстройства как следствие ранних органических поражений ЦНС выходят за пределы легкой органической дисфункции, означающей аномалию развития (Сухарева Г.Е., 1950) и проявляются в состояниях задержек развития и психического дефекта разной степени выраженности. Здесь могут иметь место очаговая неврологическая симптоматика и различные варианты психоорганического синдрома (Bleuler E., 1911). В анамнезе таких больных обычно отмечается травма головы или какие-то иные заболевания с органическим поражением мозга, с потерей или нарушением ясности сознания в момент травмы. В более редких случаях могут иметь место травмы без изменения сознания — единичные и особенно повторные, но с особым комплексом своеобразных психопатологических, сосудисто-вегетативных и ликворных нарушений. Здесь особую важность приобретает наличие объективных сведений, зафиксированных в меддокументации, а также полученных из учебных заведений и места работы подэкспертного или от его родителей. В анамнезе у таких больных могут иметь место психопатологические синдромы экзогенного типа — состояния помраченного сознания, энцефалопатические, церебрастенические и астенические расстройства, дистимические и особенно дисфорические компоненты в структуре эмоциональных нарушений. Характерными для ранних резидуально-органических состояний являются нарушения по типу «поврежденного развития» (Сухарева Г.Е., 1959) в виде парциальных задержек. Эти задержки касаются как когнитивных функций, так и личности в целом и клинически проявляются чаще всего психопатоподобным вариантом психоорганического синдрома.

Существенную помощь в диагностике в ряде случаев оказывают данные неврологического исследования: выявление положительного окулостатического феномена, нистагма или нистагмоида, пареза взора вверх и/или в стороны, вялой реакции зрачков на свет, анизокории, слабости конвергенции, асимметрии мышц лица, анизорефлексии. Нередко отмечаются выраженные явления вазовегетативной дистонии — лабильное АД, повышенная потливость, кожные вазомоторные расстройства, склонность к тахикардии при легком физическом напряжении, головные боли (в том числе мигренеподобные и напряжения), головокружения и др. Реже встречается очаговая неврологическая симптоматика в виде гемипарезов. Однако в некоторых наблюдениях неврологическая симптоматика может быть минимальной или практически отсутствовать. В военные годы Ф.Ф. Детенгофом для дифференциации посттравматических поражений мозга и симуляции использовалась проба: испытуемому предлагалось на несколько минут опустить голову, а по окончании этого оказывалось, что у органически стигматизированных больных появляются пастозность или одутловатость лица, гиперемия склер и т. п., чего не наблюдается при симуляции.

У многих больных при исследовании спинномозговой жидкости обнаруживается склонность к повышению давления ликвора (чаще в пределах 200–280 мм водного столба), к колебаниям содержания белка при нормальных показателях цитоза, умеренные или слабо выраженные белковые реакции. Имеются данные об отсутствии или низком содержании серотонина в ликворе у больных с легкими проявлениями заболевания и достоверно более высоком его содержании (в среднем, 4,54 ± 0,6 мг/мл) у больных с выраженным психоорганическим синдромом, тяжелыми и частыми кризами.

На обзорных рентгенограммах черепа наиболее характерными признаками внутричерепной гипертензии являются усиление сосудистого рисунка, пальцевые вдавления свода черепа, расширение входа в турецкое седло, порозность костей черепа, появление очагов обызвествления, а при открытых травмах — наличие дефектов кости.

Офтальмологические исследования показывают изменения полей зрения в виде концентрического или битемпорального их сужения, гемианопсий, скотом, стойких нарушений цветоощущения, амнестической слепоты на цвета. На глазном дне венозный застой, следы точечных кровоизлияний, атрофические изменения, чаще около сосков зрительных нервов, стушеванность их границ.

На электроэнцефалограммах характерны диффузные нарушения биоэлектрической активности мозга, которые выражаются в снижении лабильности и слабой реактивности мозговых структур по органическому типу. Иногда отмечается увеличение амплитуды и снижение частоты альфа-ритма. Для больных с посттравматическими диэнцефальными расстройствами характерно наличие синхронных эпилептоидных комплексов в виде пароксизмов в сочетании с высокоамплитудными бета-колебаниями и пиками на фоне диффузных низкоамплитудных дельта-волн. При эпилептиформном варианте психоорганического синдрома имеют место острые волны, пикоподобные колебания, патологические медленные ритмы, комплексы медленных острых волн, межполушарная и междолевая асимметрия, извращенная реакция на тот или иной раздражитель, пароксизмальные разряды во время гипервентиляции, исчезновение альфа-ритма. Не следует все же переоценивать значение данных, полученных при ЭЭГ: в отдаленном периоде органического поражения ЦНС при наличии выраженных личностных изменений они могут быть либо незначительными, либо вовсе отсутствовать (Жирмунская Е.А., 1996).

При реоэнцефалографии характерными являются лабильность гемодинамических показателей, несоответствие состояния тонуса и кровенаполнения в разных полушариях и сосудистых бассейнах, признаки венозного застоя, данные о расширении желудочков мозга или смещения срединных его структур, дающие возможность судить о наличии признаков гидроцефального синдрома и некоторых других расстройств.

При использовании нейровизуализационных методов исследования (нейросонография, доплерография, компьютерная томография и др.) помимо данных о поражении структуры мозга (локальная атрофия, рубцовые изменения и т. п.) можно видеть признаки расширения межполушарной щели и желудочков мозга (особенно 3-го), наличие кист, дилятации ликворопроводящей системы, асимметричной гидроцефалии, постгеморрагической дилятации одного или обоих рогов боковых желудочков с обнаружением псевдокист сосудистых сплетений и др. Однако эти методы не дают возможности оценивать состояние больного, если соответствующие изменения произошли на молекулярном уровне, в том числе при наличии грубейших дефицитарных расстройств.

Известное диагностическое значение имеют обнаруживаемые при патопсихологическом исследовании такие органические черты психики, как инертность, затрудненная переключаемость, ослабление механической памяти, нарушения внимания, преобладание конкретного типа мышления, его персеверативность, снижение интеллекта и умственной работоспособности. В некоторых наблюдениях выявляются значительные личностные нарушения с искажениями в системе существенного, значимого, со склонностью к формированию ригидных, аффективно-насыщенных образований, пристрастий, увлечений, с высоким уровнем аутоагрессии с повышенным суицидальным риском, несформированностью полноценного интеллектуального контроля над аффективной сферой (Дмитриева Т.Б., 1980). Проведение проективной психологической методики (тест «неоконченных предложений») выявляет наличие проблем и конфликтов в особо значимых сферах межличностных отношений (Талицкая О.Е., Шарков С.Б., 1999).

При последствиях ранних органических поражений ЦНС уже в детском возрасте возможны такие симптомы, как повышенные утомляемость и истощаемость, длительное сохранение дефектной и плохо модулированной речи, малодифференцированная и однообразная эмоциональность, недостаточность тонких нюансов мимики, склонность к гиперкинезам лицевых мышц, к насильственному гримасничанью, преобладание грубых аффектов, психосенсорной возбудимости различной степени выраженности, извращение инстинктов и влечений, частые вялость, торпидность и сонливость, булимия, психопатоподобные расстройства. При недостаточности лечебных мероприятий происходит постепенное формирование психоорганического синдрома, характерными клиническими особенностями которого являются головные боли — преимущественно диффузные, сжимающие, ломящие, пульсирующие, жгучие, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой, нарастающие при утомлении, а также при резких движениях, усиливающиеся при нагрузках на вестибулярный аппарат. Головокружения провоцируются изменениями положения тела, возникают ортостатические полуобморочные состояния с потемнением в глазах и ощущением резкой физической слабости. Характерна плохая переносимость езды в транспорте, духоты и жары. Присоединяются сенсомоторно-вегетативные проявления, потливость, недостаточность и лабильность терморегуляции — стойкость гипертермии после пребывания на жаре, гипотермия после холода и после утомления, колебания температуры тела, тахикардия. Отмечается повышенная чувствительность к слуховым (гиперакузия), световым и обонятельным раздражителям (впрочем, в некоторых случаях возможна и аносмия, комбинирующаяся с гиперакузией). Характерны рудиментарные явления амнестической афазии (особенно в отношении имен и названий). Существенное влияние на судьбу больного могут оказать расстройства витальных влечений (повышение или понижение либидо), частичный (избирательный) мутизм. У некоторых пациентов имеет место задержка психического развития.

К подростковому возрасту становятся очевидны следующие клинические варианты психоорганического синдрома: астенический, энцефалопатический, психопатоподобный, эпилептиформный, эндоформный и дефицитарный (Гурьева В.А. и соавт., 1981, 1986; Бурелов Э.А., 1979; Вандыш-Бубко В.В., 1979; Шумаков В.М., Гиндикин В.Я., Ряшитова Р.К. и соавт., 1980 и др.). Легко образуется повышенное влечение к алкоголю, в некоторых случаях сопровождающееся быстро развивающимся снижением сексуальной потенции.

При астеническом варианте в клинической картине преобладают явления повышенной утомляемости и истощаемости, сочетающиеся с симптомами эмоциональной лабильности и вегетативно-вазомоторной неустойчивости. Если в остром периоде в структуре астении преобладает адинамический компонент, то в отдаленном периоде на первый план выступают явления раздражительности и истощаемости. Периодически появляются жалобы на трудность сосредоточения, повышенную физическую и умственную утомляемость. На фоне церебрастенических расстройств, раздражительности и вегетативной заинтересованности возникают выраженная и постоянная эмоциональная несдержанность или лабильность, разнообразные сенсопатии. Нередки вестибулярные нарушения (непереносимость жары, духоты), ухудшения самочувствия при резких запахах, головные боли, вазовегетативные симптомы (лабильность пульса, перепады артериального давления, гипергидроз, красный дермографизм). Возможны трудности сосредоточения внимания, которые могут коррелировать с церебрастеническими симптомами и ситуационными колебаниями настроения. В ряде случаев имеется нерезкое снижение запоминания, но память на прошлое остается достаточно сохранной. Интеллектуальные нарушения выражены нерезко. Значительное место в структуре данного варианта у подростков занимают нарушения сна (прерывистый сон, кошмарные сновидения, иллюзорные восприятия и отдельные гипнагогические галлюцинации, в некоторых случаях повышенная сонливость или инверсия сна), психосенсорные расстройства, парестезии, вегетативные кризы, панические атаки и др. Интенсивность астенических проявлений находится в зависимости от внешних условий и дополнительных вредностей (переутомление, ОРЗ, алкогольные эксцессы, неприятные переживания), вызывающих ухудшение состояния.

Более тяжелые энцефалопатические изменения выражаются в превалировании апатии, более выраженных расстройствах памяти, внимания, снижении работоспособности, аффективных нарушениях, расстройствах сна, изредка булимии и аносмии. При локальном мозговом поражении имеются двигательные расстройства в виде парезов, параличей, явлений афазии, апраксии, алексии, аграфии. Сосудисто-вегетативные расстройства отличаются большим постоянством и стойкостью. Часто отмечаются аффективно-волевые расстройства — апатико-абулические (вялость, аспонтанность, медлительность, повышенная сонливость), эйфорические (повышенный фон настроения в сочетании со значительным снижением критики, расторможением влечений, суетливостью, беспечностью, лживостью, активным уклонением от трудовой деятельности), дисфорические (пониженный аффект проявляется тоской, тревогой, беспричинным страхом, сочетающимся со злобностью, подозрительностью, напряженностью, готовностью к агрессивным действиям и самоповреждениям). Нередко отмечаются дисфории, сочетающиеся с сенестопатиями в виде неприятных ощущений в различных внутренних органах; продолжительность дисфорий колеблется от нескольких часов до 10–12 дней.

Наибольшее значение для судебно-психиатрической клиники имеет психопатоподобный синдром, особенно часто возникающий после травм, полученных в детском и подростковом возрастах. В зависимости от преобладания в его структуре отдельных клинических компонентов выделяется несколько вариантов.

*Эксплозивный* — возбудимость, вязкость и брутальность аффекта, упрямство, нетерпимость, обидчивость, придирчивость, склонность к реакциям протеста; аффективные вспышки в этих случаях возникают по ничтожным поводам, протекают бурно, но кратковременно по типу острых аффективных реакций; эти подростки становятся нарушителями школьной дисциплины, у них формируется негативное отношение к учебе, иногда — к сверстникам и педагогам, они легко вовлекаются в делинквентные «компании», начинают прибегать к алкоголю, наркотикам, терроризируют близких.

*Истероподобный* — сочетание возбудимости с выраженными истерическими чертами (повышенной внушаемостью, демонстративным негативизмом, лживостью, стремлением обратить на себя внимание, вздорностью и мелочностью во взаимоотношениях с окружающими, легкостью возникновения истероконверсионных реакций и двигательных разрядов).

Важен в судебно-психиатрическом отношении вариант *психопатизации по неустойчивому типу* — с его повышенной подверженностью неблагоприятным средовым воздействиям, расстройствами влечений (сексуальные эксцессы, пиро- и дромомании, склонность к азартным играм и алкоголизации — несмотря на плохую переносимость алкоголя, или употреблению наркотиков), снижением критической самооценки и возможности разумно управлять своими действиями.

*Смешанный или мозаичный* — сочетание возбудимости, вязкости, брутальности аффекта с истерическими реакциями, дистимическими расстройствами.

Существенно реже встречаются и иные варианты психоорганического психопатоподобного синдрома — циклоидный, шизоидный и др. Все указанные варианты отличаются динамичностью и на разных этапах органического поражения мозга могут трансформироваться друг в друга.

Эпилептиформные расстройства в отдаленном периоде органического заболевания мозга возникают как в раннем (в первые 2–4 года), так и более позднем (через 10 лет и более) возрасте. После открытых и тяжелых черепно-мозговых травм — большие судорожные и локальные (типа джексоновских) припадки. Более часто, чем судорожные, встречаются разнообразные бессудорожные (или с минимальным судорожным компонентом) пароксизмы: малые припадки, абсансы, сноподобные состояния (нарколептические припадки), каталектические припадки, психосенсорные расстройства (метаморфопсии и расстройства схемы тела, интерпариетальный синдром М.О. Гуревича), а также пароксизмы сосудисто-вегетативных расстройств с рудиментарными тоническими судорогами (мезодиэнцефальные припадки) и без судорожного компонента (диэнцефальные припадки). При эпилептиформном синдроме травматического происхождения могут возникать представляющие известную опасность для окружающих сумеречные состояния различных вариантов (галлюцинаторная форма, амбулаторные автоматизмы, снохождения на фоне дисфорического настроения).

Поздние травматические эндоформные психозы (аффективные и галлюцинаторно-параноидные) развиваются преимущественно спустя 10–20 лет после перенесенных легких и средней тяжести травм. Обычно за несколько месяцев до возникновения психоза усиливаются непсихотические (астенические, психопатоподобные и др.) расстройства. Нередко психозу предшествуют соматическое заболевание и дополнительные вредности (инфекции, злоупотребление алкоголем, особенно некачественным, оперативные вмешательства с использованием наркотических средств, работа, связанная с физическим напряжением — поднятием тяжестей и т.п., при наличии резких запахов — столярного клея и др.).

Наличие органической почвы облегчает возникновение у таких больных депрессивных реакций, возникающих в том числе в судебно-следственной ситуации (Дмитриева Т.Б., 1980). Еще более сложную клиническую картину представляют собой аффективные психозы органического генеза, которые проявляются в виде периодических или однократных депрессий и/или маний. Наиболее сложными бывают первые приступы, протекающие с помрачением сознания (сумеречным, реже делириозным). Депрессии часто развиваются постепенно, сопровождаясь дисфориями или слезливостью. Возможны органические тревожные расстройства. Постоянны сверхценные или бредово-ипохондрические компоненты.

Галлюцинаторно-параноидные психозы органического генеза чаще начинаются сумеречным или делириозным помрачением сознания. В клинической картине отмечаются выраженные галлюцинаторно-бредовые расстройства. Часто встречаются слуховые псевдогаллюцинации, симптом открытости и образный ментизм. Выявляются множественные вербальные иллюзии, растерянность. Наряду с бредовыми (шизофреноподобными) выделяются такие формы болезненных расстройств, как органический галлюциноз и кататония. Болезнь протекает приступами от 2–3 до 6–7 месяцев, а при неадекватной диагностике и недостаточном лечении — и более.

Дефицитарный синдром преимущественно развивается после открытых черепно-мозговых травм и тяжелых повреждений мозга с переломами основания черепа. Спектр интеллектуально-мнестических расстройств — от снижения уровня личности по Штерцу—Снежневскому до деменции. Для последней характерны, прежде всего, расстройства высших интеллектуальных функций, что проявляется в изменениях мышления, которые выражаются в непонимании сложных ситуаций в целом при правильном усвоении отдельных ее деталей, невозможности выделения существенных признаков, сугубой конкретности представлений и нарушении критики. Довольно постоянны расстройства мнестических функций — от снижения способности к запоминанию до картины корсаковского синдрома. По структуре различают дисмнестическое и тотальное слабоумие. Оно может сопровождаться корковыми симптомами. В одних случаях отмечается стойкое падение активности, энергии, сужение кругозора, утрата большинства прежних интересов, явное побледнение индивидуальности, повышенная утомляемость, падение работоспособности, раздражительная слабость при небольшой выраженности дисмнестических явлений, но иногда — и с повышением влечений. В других преобладают слабоумие, вялость, слабость побуждений и явления астении. В третьих отмечается эйфорический аффект с грубой переоценкой своих возможностей, назойливость, расторможенность влечений.

Согласно МКБ-10, диагностика психических расстройств, возникающих вследствие поражения или дисфункции головного мозга, основывается на следующих критериях:

*G1.* Объективные данные (физического и неврологического обследования и лабораторных тестов) и/или анамнестические сведения о заболевании, повреждении или дисфункции мозга или о системном физическом заболевании, которое может вызвать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные до появления настоящего заболевания с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов.

*G2.* Предполагаемая связь по времени между развитием (или выраженной экзацербацией) лежащего в основе состояния заболевания, повреждения или дисфункции мозга и началом психического расстройства, симптомы которого возникают сразу или отставлены во времени.

*G3.* Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после исчезновения или ослабления факторов, которые предполагаются в качестве причинных для данного состояния (этому критерию придается особое значение).

*G4.* Отсутствие достоверных данных об альтернативной обусловленности психического расстройства, например, о высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами.

Необходимость тщательной диагностики органических расстройств психики диктуется тем обстоятельством, что в компенсированном состоянии они могут быть малозаметны, но в экстремальных условиях или при повышенных нагрузках (тяжелая физическая работа, смена привычного динамического стереотипа, психогении, переутомление, перепады барометрического давления, воздействия ионизирующих излучений, СВЧ и др.) они декомпенсируются. Необходимо отметить существенное утяжеление прогноза в случае присоединения дополнительных экзогенно-органических воздействий (повторные травмы головы, алкоголь и др.). В результате этого может иметь место внезапное выявление как неврозо- и психопатоподобных, так и психотических болезненных расстройств, некоторые из которых имеют важное судебно-психиатрическое значение.

**Судебно**-**психиатрическая** **оценка** при резидуально-органических расстройствах определяется показателями тяжести психических нарушений и их неблагоприятной динамики. По Н.В. Вострокнутову (1998), к числу клинических признаков, свидетельствующих о неблагоприятной динамике, относятся следующие: 1) проявления декомпенсации при затруднениях средовой адаптации или повторных экзогенно-органических вредностях; 2) учащение дистимических и дисфорических состояний с неадекватными неспецифически-возрастными реакциями, патологическими формами девиантного поведения; 3) утяжеление интеллектуальной недостаточности в связи с формированием педагогической запущенности; 4) полиморфизм средовой психической дезадаптации в семье, школе с расширением круга сопутствующих психических расстройств; 5) некорригируемость поведенческих нарушений и отсутствие эффективности при применении социально-профилактических мер; 6) признаки отставленной и затяжной негативной фазы пубертатного криза с задержанным или асинхронным физическим и сексуальным развитием.

При наличии резидуальных расстройств органического генеза в случае совершения этими больными противоправных действий при резкой выраженности болезненных расстройств, их стойкости и затяжного течения, больные подлежат экскульпации (например, при изменениях сознания, выраженных дефицитарных, энцефалопатических или эндоформных расстройствах, при признаках усугубления, прогредиентности болезненных расстройств). При остаточных умеренно выраженных психических нарушениях с явлениями психопатоподобных или эпилептифорных расстройств, а также при наличии глубоких астенических состояний больные признаются ограниченно вменяемыми и подлежат наказанию в условиях психиатрического наблюдения. Во всех остальных случаях, когда перенесенные органические поражения мозга не имели выраженных последствий для психического здоровья, подэкспертные признаются вменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний.

В группе резидуально-органических состояний подростки с интеллектуальной недостаточностью и психопатоподобным синдромом, а также подростки с органическим инфантилизмом в 65–75% случаев признаются невменяемыми. Наибольшее значение для судебно-психиатрической оценки имеют нарушения мышления в виде сугубой конкретности, инертности, непродуктивности, бедности ассоциативных процессов, резкого снижения способности к обобщениям, анализу и синтезу, выраженной истощаемости с резким ухудшением интеллектуальных показателей на фоне переутомления, неспособности к сколько-нибудь длительному сосредоточению внимания, нарушений памяти и критических способностей. Наличие клинически очерченного психопатоподобного синдрома утяжеляет клиническую картину. Показателями глубины психопатоподобных нарушений в период пубертатного криза являются тотальный и стойкий характер личностных нарушений с выраженной дисгармоничностью эмоционально-волевых проявлений, грубость, брутальность и некорригируемость аффекта, его застойный характер, нарастание эпилептоидных компонентов — безудержная жестокость, мстительность с накоплением отрицательных эмоций и тенденцией к реализации мести, склонностью к тяжелым дисфорическим расстройствам настроения и декомпенсациям, к частым и неадекватным специфически возрастным реакциям протеста, носящим патологический характер, стойкие расстройства настроения, некорригируемость поведения, отсутствие адекватных реакций на повторные наказания, нарушение социальной адаптации. При глубоких психических нарушениях в этой группе имеется корреляция указанной симптоматики как с психоорганическими нарушениями, так и массивностью психоэндокринного синдрома в период пубертата, выражающегося в утрированном психологическом кризе созревания вплоть до появления компонентов гебоидности в поведении, растянутостью негативной фазы, гротескные проявления которой прослеживаются и по окончании юношеского возраста, незавершенности созревания, и в период позитивной фазы. О глубине имеющихся нарушений свидетельствует невыработанность компенсаторных механизмов, неспособность к установлению интерперсональных отношений, утилитарный характер интересов и потребностей, несостоятельность в практической жизни. Наличие положительной или отрицательной динамики соответствующих болезненных расстройств обусловливает неоднозначность судебно-психиатрических решений при повторных экспертизах.

## 4.3. Алкоголизм, наркомании, токсикомании, игромании

Одной из форм деструктивного поведения, то есть причиняющего вред человеку и обществу, является аддиктивное поведение (Короленко Ц.П., 1991), выражающееся в стремлении к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, что достигается фармакологическими (прием веществ, воздействующих на психику) и нефармакологическими способами (участие в азартных играх и др.). Наибольшее судебно-психиатрическое значение у детей и подростков имеют алкоголизм, наркомании и токсикомании. Объединяющим моментом этих расстройств является врожденное или приобретенное влечение к приему одурманивающих средств. Сначала они плохо переносятся: отмечаются тошнота, рвота, головные боли, головокружения, ощущения дурноты, тоскливое настроение с дисфорическим оттенком и ощущением безысходности, сменяющихся настоятельным желанием снова и снова попробовать это средство, чтобы понять, что же хорошего в нем находят другие. На последующих этапах происходит привыкание к данному средству с эпизодами компульсивного, трудно преодолимого влечения и крайне трудное отвыкание от него.

Основным признаком начинающегося болезненного пристрастия в этих случаях является появление психической зависимости. Последняя, по определению ВОЗ (WHO, 2000), представляет собой «состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества». Зависимость отличается следующими характеристиками: 1) овладевающим желанием или неодолимым влечением (компульсией) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями; 2) тенденцией увеличивать дозу, обнаруживая рост толерантности (исключения: при злоупотреблении марихуаной толерантность возрастает незначительно, а при кокаинизме отсутствует); 3) возникновением индивидуальных и социальных проблем (Личко А.Е, Битенский В.С., 1991).

Однако в последние годы повышенное влечение у подростков вышло за пределы введения внутрь организма тех или иных опьяняющих или изменяющих сознание химических веществ, а стало выражаться и в так называемой нехимической зависимости, игровой «запойной» деятельности, как связанной с возможным материальным вознаграждением (игровые автоматы, интернет-игры на поощрительные бонусы, «web-money»), так и не связанным с ним (компьютерные игры). И в том, и в другом случае эти формы гемблинга наносят существенный ущерб организму подростка, поскольку способствуют его шизоидизации, отрыву от семьи, от коллектива сверстников, способствуют культивированию таких личностных особенностей, как жадность и жестокость; при этом отмечаются и аффективные расстройства — дисфории, депрессии, мании, нарушения сна, суточного ритма. Случающиеся проигрыши нередко толкают подростка на путь преступлений, а иногда — на самоубийство. Все чаще игровая и компьютерная аддикция могут приводить подростка к современным видам высокотехнологичных преступлений — распространению через Интернет порнографии, попыткам вторжения в банковские сети и т. п. Все чаще данные виды игровой психической зависимости и поведенческой патологии получают название «лудомании», «игромании» или «геймерства». В МКБ-10 в разделе F63 «Расстройства привычек и влечений» выделены отдельно диагностические критерии «Патологической склонности к азартным играм» (F63.0).

В детском и подростковом возрасте нервная система в силу своих биологических свойств особенно чувствительна к токсическому действию **алкоголя,** наркотиков и токсикоманических средств. Установлено, что острое алкогольное опьянение составляет 5,7–6,7% от всех случаев отравления детей. Дети обычно плохо переносят острую алкогольную интоксикацию: все симптомы отравления более выражены. Для детей характерно молниеносно развивающееся нарушение центральной вегетативной регуляции: температура тела резко повышается, увеличивается число лейкоцитов в крови, растет артериальное давление. Уровень сахара в крови нередко значительно снижается, что, в свою очередь, усугубляет состояние алкогольной комы. Возможно также появление психотической симптоматики (бред, иллюзии, галлюцинации, страх, тревога и др.). Иногда вслед за сильным и относительно коротким возбуждением возникает тяжелый токсический сон, во время которого могут наблюдаться судороги, в некоторых случаях заканчивающиеся смертью. Иногда смертельной оказывается доза, равная четырем столовым ложкам водки или ее аналогов. Описаны случаи слабоумия у ребенка после однократного тяжелого отравления алкоголем (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980). Чем моложе возраст, тем губительнее действует алкоголь (Осипов В.П., 1931).

У детей даже малые дозы алкоголя при систематическом употреблении оказывают резко отрицательное воздействие на психическое развитие: появляется преждевременное половое созревание, упорная мастурбация, у подростков — многочисленные половые связи, иногда носящие преступный характер (изнасилования как сверстниц, так и малолетних девочек и пожилых женщин, в том числе групповые; насильственные педерастические акты и т. п.). Интерес к учебе утрачивается. Культивируются психопатические особенности (агрессивное поведение с эксплозивностью) личности. Резко снижается критическая самооценка.

Еще в довоенные годы немецкий психиатр Штромайер считал недопустимым давать алкоголь подростку до 15-летнего возраста, в США в настоящее время действует закон, запрещающий употребление любых алкогольных напитков до возраста совершеннолетия (в США до 22 лет). При этом борьба с алкоголизмом и детской наркотизацией в США приводит к тому, что американские подростки все чаще в последние годы с целью эйфоризации употребляют клей (Monitoring the Future, 2005).

С давних времен отмечается особо отрицательное влияние алкоголя на организм подростков. У последних часто возникают атипичные формы острого опьянения, сопровождаемые в ряде случаев алкогольными палимпсестами. В клинике похмелья определяется преобладание психотического компонента, чаще в форме депрессивного (нередко со страхами и тревогой) и депрессивно-параноидного синдромов.

Обратно пропорциональная зависимость между возрастом начала злоупотребления алкоголем и прогнозом алкогольной болезни подчеркивается многими современными авторами. Установлено, что рано развившийся алкоголизм имеет тенденцию к более злокачественному и социально опасному течению.

Тем не менее, согласно последним данным, в РФ наблюдается рост первичной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами. Так, в подростковой группе с 1999 по 2002 год заболеваемость алкоголизмом увеличилась на 27%, а число алкогольных психозов увеличилось вдвое (Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2004).

Хроническим алкоголизм у юношей становится в 3–4 раза быстрее, чем у лиц зрелого возраста, что объясняется незрелостью организма и его нервной системы, бурным ростом в период полового созревания, ограниченностью физиологической способности к увеличению продукции андрогенов, повышенной внушаемостью по отношению к крайне агрессивной рекламе алкогольной продукции (собственно, рекламу как таковую ГД пытается ограничить, но как быть с сериалами, в которых основным занятием непросыхающих «героев» является употребление алкоголя?). У подростков быстро возрастает толерантность, достигающая 3–4-кратных первоначальных доз. Абстинентный синдром начинает формироваться уже через 1–3 года после начала систематического пьянства. В структуре этого синдрома с самого начала отмечаются психические нарушения: ухудшение настроения, мрачность, злобность (по отношению к близким и педагогам, но не к собутыльникам), раздражительность, кошмарные сновидения, ночные страхи, головные боли, лживость, активная неприязнь к трудовой деятельности. В то время как соматический компонент (за исключением выраженных вегетативных нарушений) может быть редуцированным, похмельный абстинентный синдром имеет отчетливую тенденцию к пролонгированности.

При алкоголизме подростков и юношей особенно быстро наступают имеющие важное судебно-психиатрическое значение психопатоподобные нарушения — с возбудимостью, злобностью, агрессивностью, грубостью, лживостью, частыми колебаниями настроения, маломотивированной драчливостью и склонностью к иным хулиганским действиям. Наиболее ранним и выраженным симптомом является аффективная возбудимость со злобой и агрессией, с одной стороны, и психическая неустойчивость с повышенной внушаемостью — с другой. В период пубертатного криза (особенно его негативной фазы) нарастает не столько частота злоупотребления, сколько поведенческие (в том числе с истерической бравадой) расстройства, обусловленные алкоголизацией: стойкая и выраженная сексуальная расторможенность (без достаточно полного осознавания возможных последствий), стремление прибегать к разного рода суррогатам вплоть до ацетона и синтетического клея, утрачивается моральный самоконтроль — отсюда мелкое воровство с соответствующей бравадой перед сверстниками и родственниками при отсутствии критической самооценки.

Существенно чаще у детей и подростков, чем у взрослых алкоголиков, отмечаются доалкогольные (преморбидные) психопатические и органические симптомы, вегетативно-сосудистая и органическая недостаточность. В этих случаях формирование хронического алкоголизма протекает значительно более быстрыми и бурными темпами. В этих же случаях чаще возникают те или иные психотические компоненты, развивается мучительная деградация. Клиническая картина при этом отличается особой тяжестью и выраженностью психопато- и неврозоподобных расстройств, отмечаются тяжелые и затяжные абстинентные явления (дисфорический вариант), интеллектуально-мнестические нарушения с резким снижением критики, особенно часты эмотиная лабильность, слезливое слабодушие, более-менее длительные эпизоды апатии. Нередко и в состояниях опьянения, и вне их у больных развивается трудно переносимое чувство тоски с ощущением безвыходности, толкающее их к самоубийству. Во многих наблюдениях расстраивается питание. Развиваются малокровие, гастрит, боли в области печени, задерживается общее физическое развитие. М.А. Чалисов и соавт. (1973) диагностически значимой считали триаду Корхова: обложенный язык, глухие тоны сердца, увеличенная и болезненная печень.

Психологические исследования подростков-алкоголиков показывают несоответствие интеллектуального уровня возрасту, узкий круг интересов, снижение активного внимания, его истощаемость, отмечаются некоторая торпидность мышления, эмоциональная огрубелость со снижением таких высших эмоций, как чувство долга, ответственности.

Характерна ранняя социальная дезадаптация этих подростков, более частое проявление криминогенного поведения. Прогноз для этой группы сравнительно неблагоприятен: течение алкоголизма здесь носит более злокачественный характер, больные очень трудно поддаются лечению, ремиссии короткие, рецидивы частые, возникающие по самым разнообразным причинам. При диагностировании хронического алкоголизма у подростков представляется чрезвычайно важным исключение его симптоматических форм (например, Греттеровской шизофрении, при которой запои возникают и прерываются спонтанно, в зависимости от процессуальной динамики, что обусловливает необходимость изменения лечебной тактики — Гиндикин В.Я., Жданова Н.В., 1981), и может существенно изменять судебно-психиатрическую оценку

Диагноз **наркологического** заболевания (зависимости от психоактивного вещества) может быть установлен при обнаружении 2–4 из числа следующих клинических или социально-психологических критериев (Дмитриева Т.Б. и соавт., 1998):

а — сильное желание принять психоактивное вещество;

б — сниженная способность контролировать его прием;

в — состояние отмены (абстиненция);

г — повышение толерантности к веществу;

д — «поглощенность» больного употреблением вещества;

е — продолжение употребления вопреки вызываемым им вредным последствиям.

Обращает на себя внимание многообразие средств, используемых в наркоманических целях: морфин, конопля, кокаин, амфетамин, эфедрон, галлюциногены; возможна и полинаркомания (Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д., 1990; Личко А.Е., Битенский В.С., 1991).

Становление аддиктивного поведения (от англ. *addiction* — пристрастие, пагубная привычка, порочная склонность) отличается широким индивидуальным своеобразием, но в целом можно выделить ряд достаточно закономерных этапов (Коган В., 1999).

1. Первые пробы.

2. Поисковое аддиктивное поведение.

3. Переход аддиктивного поведения в болезнь.

4. Первая стадия — формирование и прогрессирование психической зависимости, при которой перерыв в употреблении приводит к психическому дискомфорту, подавленности, тревоге, дисфории с резким обострением влечения к употребляемому веществу.

5. Вторая стадия — формирование физической зависимости при употреблении одних веществ (алкоголь, опиоиды, некоторые стимуляторы) и углублением психической зависимости при употреблении других (кокаин, марихуана).

6. Переход к третьей стадии — падение толерантности, выраженный органический дефект личности с чертами слабоумия, абстинентные психозы, глубокая социальная деградация.

Согласно официальным данным за 2005 год, в РФ взято на учет органами внутренних дел и наркологическими диспансерами 70 000 подростков-наркоманов.

К **токсикоманиям** относят заболевания, по механизмам своего развития весьма сходные с наркоманиями, поскольку при них также возникает психическая и физическая зависимость, возрастает толерантность, тяжело переносится «синдром отмены», формируются личностные, аффективные изменения и поведенческие девиации. К числу средств, используемых в токсикоманических целях, принято относить снотворные, циклодоловые, транквилизаторы (особенно опасны дающие эйфоризирующий эффект — рудотель, седуксен, мепробамат и т. п.), некоторые антигистаминные препараты, анальгетики, психостимуляторы. В последние годы среди подростков большое распространение получила так называемая нюхательная токсикомания (Altenkirch H., 1982; Гиндикин В.Я., 1984) — злоупотребление различными формами летучих растворителей с ингаляционным способом введения в организм (ацетон, бензин, эфир, толуол, бензол, перхлорэтилен, компоненты клея, лаки, краски, стеклоочистители и другие средства бытовой химии). В преморбиде этих больных часто отмечаются остаточные явления органического поражения мозга, а в клинической картине — аффективные колебания, снижение памяти, интеллекта, судорожные припадки. Развитие данного вида токсикомании находится в тесной связи с микросоциальной средой, большое отрицательное значение играет асоциальная подростковая группа. В большинстве наблюдений речь идет об эпизодических злоупотреблениях этими средствами, но даже они в некоторых случаях заканчиваются смертью ребенка или подростка (тонут в тазу с химикатом, накрывшись с головой и потеряв сознание). Выраженное привыкание может носить крайне тяжелый характер, ведущий к суициду (Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д., 1990).

Неблагоприятными являются показатели различных форм зависимости в ряде экономически развитых стран. По интернент-данным «Мониторинга будущего», в 2001 году 17% американских старшеклассников признавали прием наркотиков, в 2004 — 16,1%. При этом 70% не скрывали фактов употребления спиртных напитков в течение целого года. Однако все более «популярными» становятся летучие растворители и иные психоактивные вещества (ПАВ); среди них — различные виды клея, растворители красок, жидкость для снятия лака, бензин, крем для обуви, обезболивающий препарат «Оксиконтин» (Monitoring the Future, 2005). К сожалению, достаточно давно, уже начиная с 70-х годов прошлого столетия, к таким же ПАВ «традиционно» прибегают и российские подростки-токсикоманы. В последние годы, наряду с приемом названных веществ, добавился и прием грибов-галлюциногенов. Один из несовершеннолетних рассказывал нам о многократном «поедании» от 10 до 16 (!) грибов-галлюциногенов, собираемых им для самоодурманивания в лесах Подмосковья. При этом, так же как и его американские сверстники, до этого он «перепробовал все» — алкоголь, клей, героин, LSD, «экстази» — и лишь потом сформировал у себя мескалиновую форму зависимости.

Возможны крайне тяжелые соматоневрологические последствия зависимости от летучих форм ПАВ. Так, из трех подростков, одномоментно злоупотребивших одним из видов синтетического клея, один умер, другой ослеп, а у третьего развился необратимый паралич обеих ног, что не исключило для него в последующем хронического алкоголизма.

Поэтому здесь очень важна своевременная диагностика — резкий запах растворителей в выдыхаемом воздухе и от одежды, активное стремление работать в москательных лавках, симптом Меесе — широкие поперечные белые полосы на ногтях пальцев рук. Социальная опасность этих больных обусловлена их психической контагиозностью с учетом большей доступности используемых средств по сравнению с алкогольными напитками, отсутствием понимания угрожающих последствий для самого пробанда.

Отличительной чертой некоторых из этих больных, имеющей важное судебно-психиатрическое значение, является возникновение психотических эпизодов в уголовно-значимый период на высоте интоксикации уже после первого приема токсических веществ. В структуре психоза определяются возникающие на фоне помрачения сознания иллюзорные, психосенсорные дереализационные расстройства, субдепрессии. Для начала заболевания более характерен делирий, но затем ему на смену приходят делириозно-онейроидный и онейроидный синдромы. В содержании психоза значительное место занимают визуализация зрительных представлений, актуализация переживаний, предшествующих психотическому состоянию. В динамике токсикомании отмечено более быстрое развитие психоорганического синдрома по сравнению со становлением собственно наркоманической зависимости (Мостовой С.М., 1995). На смену выраженных энцефалопатических расстройств у ряда подростков приходит клиническая картина приобретенного слабоумия. Однако последнее, если оно связано только с употреблением психоактивных веществ, не всегда необратимо. На фоне массивной терапии ноотропами, общеукрепляющими средствами и витаминами, после долгого периода полного воздержания интеллектуальные функции и память могут улучшиться.

**Судебно-наркологическая экспертиза** (Игонин А.Л., Клименко Т.В., 2004), проводимая в подростковом возрасте при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях, должна учитывать возрастные особенности обвиняемого (Гурьева В.А., Макушкин Е.В., 2001, 2004), наличие принудительности в приеме психоактивных средств (если речь идет о правонарушении в состоянии алкогольного или наркотического опьянения), наличие или отсутствие психотических компонентов и явлений деградации в клинической картине. В зависимости от решения этих вопросов подэкспертный признается либо вменяемым, либо ограниченно вменяемым (ст. 22 УК РФ), либо невменяемым при выраженной, сочетанной психиатрической и наркозависимой патологии.Судебным психиатрам, квалифицирующим вменяемость либо ограниченную вменяемость (ст. 22 УК РФ) несовершеннолетнего, страдающего наркологическим заболеванием, при диагностике и констатации в заключении комиссии экспертов той или иной формы зависимости от алкоголя и психоактивных веществ, необходимо учитывать и разграничивать амбулаторные принудительные меры медицинского характера (применяемые к ограниченно вменяемым) и недобровольные медицинские меры, которые могут быть применены уже в случае осуждения к лицам, признанным судами вменяемыми. Это обусловлено произошедшей отменой амбулаторного вида принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями (п. «г» ч. 1 ст. 97 УК РФ), принятием новых законодательных норм и изменениями, затронувшими не только УК РФ, но и УИК РФ.

Здесь необходим комментарий. 28 декабря 2003 года вышел Федеральный закон № 162-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации», в новой редакции упразднивший принудительное лечение осужденных наркологических больных. Одновременно с этим же законом в тот же день был издан второй Федеральный закон № 163-ФЗ о приведении Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации и других законодательных актов в соответствии с названным ФЗ № 162. Статья 2 ФЗ № 163 изменила редакцию ст. 18 УИК РФ таким образом, что вместо отмены принудительного лечения, назначаемого судом, было введено обязательное лечение, назначаемое непосредственно в учреждениях УИС. Таким образом, текст ст. 18 УИК РФ ныне имеет следующую редакцию.

**Статья 18 УИК РФ:**

«Применение к осужденным мер медицинского характера».

*Часть 1. «К осужденным к ограничению свободы, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний, по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера».*

*Часть 2. «К осужденным к наказаниям, указанным в части первой настоящей статьи, больным алкоголизмом, токсикоманией, ВИЧ-инфицированным осужденным, а также осужденным, больным открытой формой туберкулеза или не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, учреждениям, исполняющим указанные виды наказаний, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение».*

Отдельно подчеркнем, что очень сложной может оказаться судебно-психиатрическая оценка состояний и экспертное решение в случаях различных видов игровой зависимости. Если последняя «переросла» уровень сверхценного синдрома и включает: компульсивные компоненты с резким ослаблением либо нарушением критической самооценки, нарушение волевой регуляции поведения, его стереотипизацию, обусловленную патологической склонностью к играм, семейную, школьную и социальную дезадаптацию, — возможно признание таких подростков ограниченно вменяемыми, а при крайних выражениях этой патологии — невменяемыми, при обязательном проявлении всех расстройств в интересующий следствие уголовно-релевантный период.

## 4.4. Шизофрения. Инициальный деликт, криминальная манифестация

Распознавание шизофрении у подростков представляет очень большие трудности. При частом психопатоподобном оформлении клинической картины иногда лишь отдельные симптомы заставляют заподозрить шизофренический процесс. В некоторых случаях обращают на себя внимание безмотивность, импульсивность правонарушений («инициальный деликт», по J. Stransky), отсутствие адекватной реакции на совершенное или нелепая мотивация криминального действия.

Вместе с тем бесспорные признаки шизофрении сравнительно редко возникают без предвестников (Bleuler E., 1911), и задача психиатра сводится к тому, чтобы заподозрить развитие шизофрении не тогда, когда она клинически очевидна, а именно в тот период, когда она только начинается. Поэтому для нас основное значение приобретают данные об инициальном периоде развития шизофрении, в котором условно выделяют три этапа. Их значение приобретает особую ценность в те периоды эндогенного заболевания, когда появляется его клиническая очерченность.

**Латентный этап**

О состояниях, составляющих его содержание, больные далеко не всегда рассказывают самостоятельно, а иногда даже частично их отрицают или вспоминают искаженно. Поэтому здесь, как подчеркивают М.Я. Озола и соавт. (1975), особенно важен проводимый психиатром активный и целенаправленный расспрос больного и его родственников.

Клиническая картина латентного этапа шизофрении чаще всего ограничивается нарушениями, свойственными пограничным состояниям — аффективными проявлениями, навязчивостями и явлениями реактивной лабильности, а в случае последующего развития малопрогредиентной шизофрении — отчетливыми нарушениями раннего развития и явной дисгармонией личностного склада, то есть псевдопсихопатическими расстройствами, имеющими, однако, более или менее очерченное начало.

Аффективные расстройства выступают в виде стертых соматизированных или невротических депрессий с преобладанием обсессивных и фобических расстройств (возможны, например, стойкие ночные страхи), кратковременных или затяжных дистимических, гипотимических состояний, протекающих без признаков интеллектуального торможения, с раздражительностью, угнетенностью, ангедонией, беспричинным пессимизмом, плаксивостью, ощущением физического нездоровья. Для таких периодов характерна неустойчивость аффективного фона с неожиданными, хотя и кратковременными, улучшениями и последующими «спадами», сопровождающимися усилением сензитивности, неуверенности, обостренной склонностью к самоанализу, преобладанием вялоадинамических расстройств или аффекта тревоги и страха (Морозов В.М., 1969; Портнов А.А., 1970; Румянцева Г.М., 1970; Аведисова А.С., 1982).

Наряду с субдепрессиями отмечаются также гипомании, чаще всего принимающие затяжной (иногда многолетний) характер и отличающиеся стойкостью и монотонностью аффекта. Гипоманиакальные состояния проявляются преимущественно повышенной активностью, неутомимой деятельностью (продуктивной, но односторонней, приобретающей характер сверхценности). Больные в таких случаях полны энергии, оптимизма, учатся и работают без устали. В рамках атипичной хронической гипомании возможно и формирование рудиментарных навязчивостей, тиков, стойких фобий и ритуальных действий (Мороз И.Б., 1983). В состоянии больных можно длительное время констатировать неизменно хорошее самочувствие, которое иногда резко, на несколько дней, меняется: наблюдается как бы своеобразный «зигзаг», прерывающий ровную линию. В такие периоды внезапно манифестируют преходящие соматизированные расстройства — вегетативные кризы, дисфункции тех или иных внутренних органов, эпизоды алгий различной локализации, а также астении, витального страха, расстройства самосознания с тревогой, суетливостью, повышенной возбудимостью, бессонницей.

Латентная стадия шизофрении может быть представлена деперсонализационными расстройствами (Federn P., 1956), проявляющимися в чувстве отчуждения от самих себя (утрата своего «я»), от предметного мира, иногда с чувством прерывистости времени и своего «я» (Kimura B., 1963).

В большинстве случаев имеются жалобы на изменение восприятия во всех областях чувств. Больные сообщают о впечатлениях чего-то незнакомого и нового, причем они осознают, что причина изменений в них самих. В некоторых случаях пациенты говорят о трудностях восприятия окружающего мира, иногда жалуются на слишком большую четкость восприятия (Schilder P., 1914).

В зависимости от степени выраженности синдрома здесь могут иметь место любые переходы — от почти незаметного отчуждения от внешнего мира до самых грубых ощущений нарушения «я» (Nunberg H., 1924), вплоть до атонии последнего, субъективно переживаемого его разрыва (Federn P., 1956), подчас сопровождающихся ощущениями ужаса и страха («Мама, спаси меня!»).

Среди псевдопсихопатических расстройств, как правило, преобладают проявления шизоидного круга (аутизм, трудности контакта с людьми, парадоксальность эмоций и поведения: у одних — «запойное чтение», странные фантазии или необычные поступки, полная неприязнь к новой одежде; у других — крайняя замкнутость, безразличие к родственникам или невосприимчивость к обычно психотравмирующим ситуациям), которые нередко сочетаются с личностными изменениями иной структуры — истерическими (грубый эгоизм, капризность, демонстративность поведения, истерические стигмы, раздражительность, бурные эмоциональные реакции и т. д.), психастеническими (тревожность, склонность к сомнениям, педантизм и ригидность психической деятельности), неустойчивыми (неорганизованность, безволие, расстройства влечений, склонность к злоупотреблению алкоголем и др.). Наряду с этим психическое состояние многих больных определяется наличием психического инфантилизма или ювенилизма: несамостоятельность, симбиотическая привязанность к родителям, застенчивость, эмоциональная лабильность, поверхностность суждений; эти больные в последующем нелегко находят свое место в жизни, с трудом приспосабливаются к новым условиям (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 2002).

О том, что в латентном периоде состояние больного является патологически измененным — в части наблюдений с нажитой предиспозицией к психогениям и соматогениям, — свидетельствует то обстоятельство, что в картине нередко возникающих у этих больных психогенных или соматогенных реакций преобладает шизоидная или шизоаффективная симптоматика (Фрумкин Я.П., 1928; Popper E., 1920; Kahn E., 1921), вплоть до острого психотического состояния — шизомании (Claude Н., 1923), но с тенденцией к обратному развитию, без процессуально-дефектных изменений.

Наряду с возникающими у этих больных экзогенного типа реакциями возможны либо спонтанные, либо экзогенно провоцируемые субпсихотические эпизоды. К их числу относятся форпост-синдромы (Gross G., 1969), или «зарницы» (Gesell A., 1941, 1974; Conrad K., 1979) — фазовые, нехарактерные предвестники психоза, возникающие иногда за много лет (по данным литературы, до 35) до его манифестации и длящиеся от нескольких часов до месяцев и даже лет. Частота их, по катамнестическим результатам, колеблется при шизофрении от 1 до 12% (Martin M., 1984), при шизофрении с преобладанием дисморфоманических расстройств составляет 3,7% (Коркина М.В., 1984), при шизофрении у подростков — 29% (Симсон Т.П. и соавт., 1959).

В рамках таких эпизодов описываются (Завидовская Г.И., 1971; Гиндикин В.Я., 1978; Remschmidt H., 1975; Hartman E. et al., 1979; Strian F., 1983; Martin M., 1984) нередко возникающие в детском и подростковом возрасте транзиторные астенические, вегетативные, соматизированные, причудливые фобические или ананкастические (то есть навязчивые с вынужденно-принудительным компонентом) опасения или кошмары, дисморфофобические и непсихотические ипохондрические расстройства. В клинической картине здесь существенное место занимают слабость, головные боли, головокружение, тремор, потливость, удушье, одышка, а также иллюзорно-галлюцинаторные переживания с элементами онейроидного «озарения», эпизоды детских страхов, «непонятные», недифференцированные страхи темноты, сказочных персонажей, ветра, воды, болезней, смерти, внезапно развивающаяся бессонница, выраженные безмотивные аффективные расстройства (чаще депрессивные). Эти расстройства сочетаются с явлениями вегетативной депрессии или депрессии со страхом либо неглубокими аффективными нарушениями в виде адинамической депрессии с вегетативными дисфункциями и гиперсомнией, а также иногда с рудиментарными проявлениями дисморфофобии или навязчивой ипохондрии.

В некоторых наблюдениях имеют место рудиментарные параноидные проявления, приступообразные деперсонализационные и кататоноподобные (нарушения моторики, черты негативизма, неудержимый плач с гримасами) симптомы. По M. Burger (1936), в этих случаях речь идет о «странных чужеродных переживаниях на фоне еще здоровой духовной жизни».

А.Е. Личко (1985) рассматривал предвестники («зарницы») лишь в рамках прогредиентной (непрерывнотекущей и приступообразной) шизофрении. При этом описывались следующие пять типов предвестников: 1) нелепые поступки; 2) эпизодические галлюцинации; 3) бредовые эпизоды; 4) аффективные эпизоды; 5) эпизоды дереализации и деперсонализации.

Клинико-катамнестические данные свидетельствуют о том, что нерезко выраженные расстройства (например, обсессивные), возникающие в доманифестном периоде, имеют сходство с аналогичными проявлениями в манифестном приступе болезни, что чрезвычайно важно для своевременной диагностики заболевания в инициальных его стадиях (Шюркуте А.А., 1987).

Для психиатра представляется очень существенным не спутать такое состояние (то есть отдаленный предвестник болезни, после которого следует период относительного благополучия) с абортивным шизофреническим шубом — кратковременным психотическим эпизодом, влекущим за собой достаточно заметные личностные изменения. По мнению A. Scarinci (1962), то, что называют лишь начинающейся шизофренией, нередко является, по сути дела, новым шубом после внешне бессимптомного периода.

Предпринимаются попытки определения предвестников развития шизофрении. При этом называют такие признаки, как «бедный» преморбид у лиц, тяготеющих к социальной изоляции, с невыраженным интересом к противоположному полу (Rodnick E.H., Garmezy N., 1957), бурное агрессивное поведение, конфликты в семье (Rodins L.N., 1966), наличие поведенческих расстройств в подростковом возрасте, жесткая связь между отклонениями в общении с родителями и вероятностью стабильных шизофренических расстройств в постпубертатном возрасте (Goldstein M.J., Jones J.E., 1986). Эти же отклонения могут быть предиктором и пограничных расстройств.

**Продромальный этап**

Следом за латентным возможно появление продромального этапа болезни длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет (Лакосина Н.Д., 1974; Szubertowa M., 1957 и др.).

По мнению американских авторов (DSM-III-R, 1980), постепенное начало продромальной фазы и ее многолетняя длительность свидетельствуют о плохом прогнозе.

Характерными особенностями психопатологических расстройств продромального периода, по М.Ф. Тальце (1965), являются пестрота и мозаичность спонтанно возникающих изменений, их перманентный характер с отсутствием периодов полного затухания или исчезновения симптомов. В том случае, если речь идет об экзогенном провоцировании психических расстройств продромального периода, отмечаются: а) неадекватность реакций; б) постепенное расширение круга переживаний с элементами болезненного толкования фактов, не имеющих отношения к реальным соматическим ощущениям.

Соответствующие клинические проявления выражаются в астенической и псевдоневротической — неврозоподобной (истероконверсионной и навязчивой) симптоматике, в аффективных деперсонализационно-дереализационных расстройствах (по Ernst K. et al., 1969), психопатоподобных и поведенческих изменениях, а иногда и в расстройствах мышления. Продромальный период вялотекущей шизофрении может быть представлен и соматизированными, в том числе органоневротическими, расстройствами, что особенно важно в плане совместной работы психиатров с интернистами.

К числу продромальных астенических проявлений относят головные боли, повышенную чувствительность и раздражительность, нарушения сна (трудности засыпания или повышенная сонливость) и аппетита, рассеянность, снижение психической продуктивности, быструю утомляемость (особую трудность представляет умственная работа, в частности, учебные занятия), сверхчувствительность, плохую переносимость шума, разнообразные неприятные ощущения, локализуемые в различных частях тела (часто в области сердца), беспричинный страх, опасения умереть, сниженное настроение, сужение интересов, нарушение межличностных связей, ограничение контактов.

Характерными особенностями невротического симптомокомплекса в этом периоде являются «пестрота, массивность и яркость» болезненных проявлений (Введенский И.Н., 1934), частота и полиморфизм обострений (Perzynski J.,1986). При вялотекущей шизофрении с навязчивостями манифестному периоду предшествуют 2–3-месячный этап атипичной субдепрессии с жалобами на пониженное настроение, чувство усталости, беспричинную тревогу и нестойкие ипохондрические опасения (Завидовская Г.И., 1977). Возможны «витальная астения» и «витальное изменение аффективности» (Северный А.А., 1985), синестоалгии и термические сенестопатии (Шюркуте А.А., 1987). Здесь могут также наблюдаться симптомы невротической деперсонализации (Redlich F.C., Fredman D.X., 1966) и дереализации, формальные нарушения мышления в виде несвойственных ранее пациенту рассеянности, задумчивости, трудностей сосредоточения, паралогичности, наплывов мыслей и даже элементов резонерства (Котова Л.А. и соавт., 1975), а также расстройства, являющиеся как бы «преддверием дисморфофобических состояний» — повышенный интерес к рассматриванию своего тела, в том числе в зеркале (Коркина М.В., 1984; Abely P., 1927 — «симптом зеркала»; Scarinci A., 1962).

Если при шизофрении у подростков разнообразные вегетативные и психовегетативные симптомы — давление в затылке, боли в переносице, головокружения, неуверенность походки, шум в ушах, тошнота, сердечная слабость, боли в сердце и нервно-соматические явления (Meyer J.-E., 1981) — сочетаются с временными изменениями характера — чопорностью, неприступностью, непослушанием (Schulte W. et al., 1975), то при шизофрении в юношеском возрасте более часты продромальные жалобы на головные боли, чувство давления в голове, нарушения сна и аппетита (Zeh W., 1960). Эти ощущения, особенно в случаях ипохондрической переработки, могут предшествовать развитию деперсонализационных расстройств.

J. Kuchenhoff (1985) выделяет неспецифический ипохондрический синдром, который может месяцами или годами предшествовать шизофренической симптоматике.

Из числа других болезненных расстройств, непосредственно предшествующих дебюту заболевания, заслуживают упоминания необычность восприятия окружающего мира (Tscholakow K., 1955), повышенная сонливость (Schulte W., 1955), внезапно возникающее чувство субъективной измененности, названное G. Dello Russo (1965) «симптомом угасающей трансформации», и, как казуистика, — временное улучшение интеллектуальных способностей (Titzherbert J., 1955). E. Brzezicki (1950, 1956, 1957) в рамках продромального периода шизофрении описано явление «парагномен»: импульсивно возникающее болезненное поведение, которое резко отличается от предшествующего, начинается и кончается внезапно, протекает как бы без ощущения присутствия и недостаточно логически мотивировано, но при ясном сознании и памяти. Состояниями «парагномен» объясняются многие «непонятные» самоубийства при шизофрении (Dolmierski K., Sulestrowski W., 1959), «инициальные деликты» (Stransky E., 1914, 1950) с болезненно мотивированными убийствами родителей и др. (Гурьева В.А. и соавт., 1988), что имеет существенное значение для судебно-психиатрической практики.

Могут появиться и нарастающие личностные изменения: замкнутость, сужение круга интересов, неконтактность, вялость, апатичность, утрата аффективной гибкости, эмоциональная неадекватность (Авруцкий Г.Я. и соавт., 1974; Котова Л.А., 1975), пренебрежение социальными обязанностями и личной гигиеной, двигательная заторможенность (Perzynski J., 1986). Возможность проявления в продроме болезни черт аутизма и дискордантности констатировал В.М. Воловик (1979). Отмечаемые в этом периоде препсихотические проявления чудаковатости, капризности, холодности, склонности к отшельничеству K. Schneider (1934) рассматривал не как проявления шизоидной психопатии, а как функцию процессуальности.

Каждый из клинических вариантов шизофрении имеет свои особенности продромальных состояний.

По Р.А. Наджарову (1965), продромальный этап при всех вариантах «ядерной» группы характеризуется исподволь развивающимся личностным сдвигом и чувством дефекта, псевдопубертатным психопатоподобным синдромом, рудиментарной эпизодической аффективной, параноидной и субкататонической симптоматикой. Отмечаются различная длительность этого периода и степень выраженности симптомов, определяющих его структуру в зависимости от основной тенденции процесса (более короткий при шубообразном последующем течении, более затяжной при медленно-непрерывном течении, большая прогредиентность в инициальном периоде гебефрении).

Встречающиеся в продромальном периоде расстройства психопатоподобного характера являются отражением видоизмененного процессом гротескно заостренного пубертатного сдвига. К ним относятся усиливающаяся негативистическая избирательная оппозиционность к близким, избирательная болезненная чувствительность, сочетающаяся с быстро нарастающим эмоциональным опустошением, склонность к особым интересам и увлечениям, относящимся к кругу «философической интоксикации» и, в отдельных случаях, «развязывание влечений».

При неблагоприятно протекающей («ядерной») юношеской шизофрении наиболее типичны из продромальных нарушений психопатоподобные, которые отражают искаженный эндогенным процессом пубертатный сдвиг. К ним относятся нарастающая негативистическая оппозиционность к близким, повышенная болезненная чувствительность, сочетающаяся с быстро нарастающим эмоциональным опустошением, склонность к особым интересам, а в отдельных случаях и расторможенность влечений (Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., 1986).

Продромальный период кататонической формы в среднем продолжается один год. Он характеризуется усиливающейся астенией, преходящими фрагментарными ипохондрическими явлениями, нарастающим аутизмом, вялостью и эмоциональным оскудением. При приближении острого этапа болезни у отдельных больных возникают кратковременные эпизоды субступорозного состояния (Снежневский А.В., 1960), у других — физическая (мышечная, «моторная») астения, сменяющаяся короткими эпизодами возбуждения или гнева (кризы инертности и моторного возбуждения). Эти состояния, по C. Pascal (1911), могут явиться прелюдией кататонических расстройств.

При гебоидофрении речь идет об исподволь нарастающих в течение 3–5 лет изменениях: вялости, эмоциональном оскудении, личностных расстройствах, утрате работоспособности (Морозова Т.Н., 1957; Снежневский А.В., 1960). При этом вначале здесь возможны эпизодические или сформированные гебоидные симптомы — от легких, напоминающих те, что встречаются у здоровых подростков в пубертатном возрасте (Kosack H., 1932), до не оставляющих сомнений в их процессуальной природе (Пантелеева Г.П. и соавт., 1986).

Продромальный период при фебрильной (гипертоксической) шизофрении представлен депрессивно-ипохондрической симптоматикой (Ромасенко В.А., 1967; Тиганов А.С., 1982), а также астеническими, соматопсихическими и гриппоподобными нарушениями (Цыганков Б.Д., 1988).

При параноидной шизофрении, по А.В. Снежневскому (1960), Б.С. Бамдасу (1961), М.Ф. Тальце (1961), Л.А. Котовой (1975), в течение 3–15 лет возможно появление неврастенических, психастенических и истерических эпизодов. В «преддверии» синдрома Клерамбо происходит, как отмечает K. Schneider (1942), «смещение акцентов духовных ценностей»: появляются новые духовные и религиозные аспекты, начинается изменение чувств (эстетических и др.), возникают своеобразные настроения, при которых мир представляется то в магическом, то в сказочном, то в философском свете.

При периодической шизофрении типичными инициальными расстройствами являются аффективные колебания с элементами фазности, при которых не бывает истинного падения психической продуктивности. Ее перепады зависят от преобладающего типа аффективных нарушений (Наджаров Р.А., 1965). При этом наиболее общими особенностями состояний депрессии (разного типа) являются слабая выраженность чувства тоски, вялость и астенические явления и раннее возникновение сверхценных опасений (ипохондрических, сензитивных). При гипомании также отмечаются выраженные сверхценные стремления наряду со взбудораженностью. В этом варианте возможны также неврастеноподобные и сверхценно-ипохондрические расстройства (Пападопулос Т.Ф., 1966, 1975).

Продромальный этап циркулярной шизофрении, по А.Я. Левинсон (1968), в ряде случаев характеризуется медленно нарастающими изменениями личности с элементами вычурности и склонности к резонерству, дистимическими расстройствами (витальными колебаниями настроения) и гипертимическими состояниями. Последние приобретают затяжной характер. Ведущими признаками болезни становятся расстройства настроения. Длительный инициальный период с явлениями циркулярности описывают у этих больных А.С. Тиганов (1963), В.М. Шмаонова (1966). Возможен и другой тип субклинического доманифестного периода, основными проявлениями которого служат витальные расстройства настроения при нарастании легких, иногда малозаметных дефицитарных расстройств.

При простой шизофрении в продромальной фазе болезни выделяют «нервные симптомы» — головные боли, бессонницу, истероформные проявления и «симптомы общего характера» — отсутствие аппетита, потерю веса. Инициальная картина у этих больных, наблюдающаяся в течение 3–5 лет, наиболее четко проявляется личностными изменениями (преимущественно психопатоподобные расстройства типа возбудимых) и рано возникающими отчетливыми астеническими симптомами. В более редких случаях уже в самом начале обнаруживаются отдельные обсессивные явления, в частности, навязчивое стремление к непродуктивному мудрствованию. Эти пациенты долго и мучительно рассуждают: почему, например, данная точка остается на определенном месте и т. д., но ни к какому определенному выводу прийти не могут. У других бывают навязчивости иного типа: счет букв, слогов, строк и пр.

Характерным является возникновение на фоне падения энергетического потенциала синдрома так называемой «философической» (или «метафизической») интоксикации — с особым сверхценным интересом к философским системам, религии, искусству — малопродуктивным, утрированным и карикатурным по внешним проявлениям (Снежневский А.В., 1960; Jaspers K., 1922, 1973; Наджаров Р.А.,1985).

Естественно, наибольшие трудности возникают при периодизации этапов развития вялотекущей шизофрении. Как уже упоминалось, начальные ее проявления могут не отличаться от описываемых в рамках пограничных состояний (Горчакова Л.Н., 1988, 1989). В случаях изменения интенсивности имевшейся ранее симптоматики при «препсихотических» симптомах, укладывающихся в понятие продромального этапа, A. Meares (1955) отмечает нарастание замкнутости и интравертированного поведения, усиление непонятных страхов, неадекватных эмоциональных реакций и немотивированных изменений настроения, появление «символического» мышления или странных телесных ощущений. У больных с вялотекущей психопатоподобной шизофренией за 2–4 месяца до возникновения выраженного характерологического сдвига, свидетельствующего о дебюте заболевания, возникают эмоциональная напряженность, явления некоторой тревожности, ожидание «какой-то беды», ощущение чуждости появляющихся патохарактерологических изменений (Махова Т.А., 1982).

Заслуживают внимания попытки выявления клинических особенностей, свойственных только шизофрении, уже в продромальном периоде заболевания. Однако в большинстве случаев надежных дифференциально-диагностических признаков получить не удается.

Среди конкретных клинических проявлений, свидетельствующих о большей вероятности развития эндогенного заболевания, преобладание апатии (а не нервной слабости), непонятное, оторванное от реальности содержание страхов, отсутствие попытки преодоления последних, внезапная манифестация ипохондрических жалоб, упорные головные боли (чаще распирающего характера), отсутствие улучшения после отдыха и общеукрепляющих средств, амбивалентное отношение к врачу с невыполнением назначений и др. (Цивилько М.А., 1967; Masiak M., 1963). Указывается также на основное настроение в форме страха, изолированную направленность чувств, трудность планирования, недостаточность перспективного мышления, жалобы на задержку или утечку мыслей (Kaczynski M., 1957), уменьшение амбициозных устремлений и смену интересов (Falicki Z., 1975), качественные изменения, касающиеся общей структуры жизни, своеобразные чудачества, эмоциональное опустошение, аутистическое удаление от мира, отсутствие чувства психической измененности при резком снижении работоспособности (Наджаров Р.А., 1972; Наджаров Р.А. и соавт., 1983, 1988; Bleuler E., Bleuler M., 1983; Jarosz M., 1971, 1974 и др.).

**Инициальный этап**

За продромальным периодом («предпольем» шизофрении) следует дебют, нередко обозначаемый как собственно инициальный. В это время у больных, заболевших до 17 лет, в приступах чаще отмечаются такие достаточно определенные синдромы, как маниакальные, гебоидные, гебефренические, онейроидные и кататонические (Шмаонова Л.М. и соавт.,1982). Однако и на этом этапе чрезвычайно важно учитывать особенности шизофренического процесса, привносимые возрастом.

Речь идет о видоизменении клинической картины за счет оформления ее по типу патологического пубертатного криза: особые форма и фабула психопатологических расстройств, искажение психологического криза созревания, расторможенность влечений, малая систематизированность и разработанность сензитивно-бредовых построений, отчетливое участие депрессивного аффекта в их формировании, а в случае развития шизофрении на фоне имевшегося ранее психического инфантилизма при всех ее формах — нестойкость, полиморфность клинических проявлений, ряд особенностей бредообразования (несистематизированность бредовой фабулы, частота бредоподобного фантазирования и т. п.).

В соответствии с этим в клинической картине превалируют такие психопатологические феномены, как сверхценные образования, патологическое фантазирование, гебоидный синдром, отражающие личностный уровень расстройств (Кравцов С.С., 1987; Гурьева В.А., 1994), что является одной из главных причин несвоевременного распознавания психического заболевания, поскольку основное содержание клинической картины составляет неспецифическая, нозологически нейтральная симптоматика — такая, например, как «насыщенная истерическая», отмечающаяся при псевдоневротическом дебюте шизофрении, который чаще встречается в период пубертатного криза (Lambert P.A., Midenet M., 1972).

Важное значение для понимания возрастной специфики имеет также и то, что психопатологические синдромы, преимущественные для подросткового возраста, имеют непатологические аналоги в структуре пубертатной психики. Поэтому определение границ между нормальной психикой подростка, характеризующейся склонностью к вымыслам, психогенно обусловленным доминантам, оппозиционности, черствости, пробуждением влечений, и патологическим уровнем тех же образований всегда представляет большие трудности.

Наряду с этими важными особенностями шизофренических расстройств, отмечаемых, в частности, в дебюте подростковой и юношеской шизофрении, являются их нестойкость, склонность к трансформированию в более тяжелые. Невротическая и сверхценная ипохондрия переходит в синестоипохондрию в результате присоединения расстройств общего чувства, синестезий, эссенциальных сенестопатий и явлений одержимости. Деперсонализационные расстройства меняются в направлении аутопсихической, дефектной деперсонализации — с отчуждением высших эмоций, сознанием собственной психической измененности, недостаточности всей психической жизни. Сверхценные идеи трансформируются в сверхценный бред (Birnbaum K., 1912). Психопатоподобные расстройства проделывают динамику по типу эволюционирующей шизоидии: с обеднением эмоциональной жизни, сдвигом психоэстетической пропорции к анестетическому полюсу, с появлением патологической аутистической активности.

Следующая характерная черта рассматриваемых расстройств — это их маскирование соматоформной симптоматикой или расстройствами поведения. Это особенно заметно при изучении астенических, истерических или аффективных расстройств, например, протекающих в виде стертых приступов (Давнилова Л.Ю., 1986; Можгинский Ю.Б., 1993). В данной монографии мы отнюдь не ставим перед собой задачу описать все варианты подростковой и юношеской шизофрении (см.: Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Личко А.Е., 1989; Гурьева В.А., Гиндикин, 2002), а сосредоточим внимание на психопатоподобной шизофрении в этом возрасте. Это особенно необходимо в практике судебно-психиатрической экспертизы, поскольку встречающаяся при экспертизе несовершеннолетних шизофрения представлена почти исключительно именно этим вариантом. Если учесть, что у подавляющего большинства подростков, направляемых на экспертизу, психопатоподобный синдром либо психопатические изменения личности являются ведущими в клинической картине, становится очевидной необходимость выделения дифференциально-диагностических признаков.

Клиническая картина психопатоподобной шизофрении весьма полиморфна и складывается преимущественно из своеобразного комплекса (мозаичность) личностных изменений, аффективных расстройств, невротических проявлений, сверхценных идей и разнообразных нарушений поведения.

Остановимся на характеристике клинических наблюдений с преобладанием гебоидных расстройств (Кравцов С.С., 1987). Начало заболевания нередко относится не к подростковому, а к допубертатному периоду (дошкольный и младший школьный возраст). Для данного варианта характерно относительно острое проявление расстройств личностного регистра, в структуре которых ведущее место занимают жестокость, болезненно усиленные и искаженные низшие влечения в виде садистских наклонностей и ранней сексуальности. Клиническая картина на начальных этапах довольно типична. Помимо гебоидных расстройств отчетливо выявляются полиморфные страхи и аффективные нарушения в виде напряженности, тревоги, агрессивно-садистского аутистического фантазирования. Во всех случаях начало заболевания сопровождается снижением успеваемости и нарастанием дезадаптации. В последующем выявляется психический инфантилизм либо различной глубины олигофреноподобный дефект. В препубертатном периоде на фоне стабилизации заболевания можно проследить некоторое упрощение психопатологической симптоматики за счет редукции страхов, аффективных нарушений.

С наступлением пубертатного криза болезненный процесс обостряется с усложнением клинической картины: отмечаются фазовые состояния, преимущественно монополярные депрессивные, рудиментарные галлюцинаторно-параноидные, кататоно-гебефренные расстройства. Видоизменяется и структура гебоидного синдрома: преобладающие до этого нарушения влечения дополняются все более отчетливыми нарушениями эмоциональности и снижением высших нравственных установок с оппозиционностью, холодностью, отчуждением от близких, другими искаженными, гротескными проявлениями пубертатной психики.

Позитивная фаза пубертата характеризуется при этом резким снижением расстройств влечений и других проявлений гебоидного синдрома и одновременно углублением дефицитарной симптоматики, относительным возрастанием в клинической картине удельного веса кататоно-гебефренных проявлений. Сверхценные образования в этой группе в период пубертата однообразны и отражают утрированное стремление подростков к самоутверждению (отрицательные лидерские позиции), органически переплетаясь с гебоидными расстройствами.

Таким образом, касаясь особенностей течения заболевания у подростков описываемой группы, можно отметить следующее: 1) в период криза выявляются отчетливая тенденция к обострению процессуального заболевания, узкий диапазон синдромов, характерный для этого возраста, специфическая динамика гебоидного синдрома; 2) отсутствуют описанные некоторыми авторами корреляции между преимущественным характером гебоидных проявлений и акселерацией соматоэндокринного созревания; 3) проявления психологического криза носят крайне однообразный утрированный характер, отражая поведенческие нарушения в структуре гебоидногго синдрома.

В тех случаях, когда гебоидные расстройства преобладают в клинике шизофрении, но заболевание начинается и манифестирует в негативной фазе пубертата (12–15 лет), клиническая картина характеризуется полиморфизмом и глубиной расстройств: неврозоподобных, аффективных спонтанных биполярных колебаний, галлюцинаторно-бредовых, явлений психического автоматизма, кататоно-гебефренной симптоматики. В структуре гебоидного синдрома преобладают определенные расстройства. Особая оппозиционность, критнеанство, нелепое упрямство, стремление во всем противоречить и все делать назло определяют не столько характер взаимоотношений с окружением, сколько их извращенное мировоззрение, мировосприятие. Стремление к карикатурному самоутверждению, болезненное творчество в поисках новых (а иногда и реанимация старых, заведомо отживших) концепций социальных взаимоотношений носят нелепый, вычурный характер. Речь в данном случае идет, по сути дела, не о самоутверждении, а об утверждении той или иной болезненной идеи. Значительное место в клинической картине у этих больных также занимает патологическое фантазирование, отражающее содержание сверхценных переживаний.

В позитивной фазе пубертата (16–18 лет) комплекс синдромов, специфических для возраста, как бы распадается. Гебоидные нарушения трансформируются в кататоно-гебефренные в рамках специфического дефекта, сверхценные образования — в бредовые; патологическое фантазирование редуцируется.

И, наконец, характеризуя группу наблюдений с преобладанием в клинической картине психопатизации по паранойяльному типу со склонностью к сверхценным образованиям (Кравцов С.С., 1987) и началом процесса в период пубертатного криза, можно сказать, что сверхценные образования, тем более патологические, в преморбиде для этих подростков нетипичны. Эти расстройства, выявляющиеся с началом процесса, имеют более или менее выраженную пубертатную окраску. Как правило, в качестве ведущего расстройства выступает сверхценное стремление к самоутверждению в той или иной форме как на отрицательных, так и на положительных позициях (превзойти всех в интеллектуальном развитии, добиться высокого уровня материальной обеспеченности, признания собственной исключительности и пр.).

Обращают на себя внимание быстрая патологизация синдрома на этом этапе, охваченность своими переживаниями, нарастающее стремление к их реализации, отчетливая склонность к фантазированию, носящему аутистический патологический характер и отражающему имеющиеся сверхценные переживания. Описанный комплекс сверхценных переживаний и патологического фантазирования длительно сохраняется и в позитивной фазе, хотя и теряет на этом этапе пубертатную окраску. Сверхценные образования, с одной стороны, становятся беднее по структуре, с другой — все более определяют характер поведения больных подростков, их общественную опасность.

На этом возрастном этапе впервые достаточно четко выявляются дефицитарная симптоматика (снижение психической продуктивности, эмоциональная холодность, оледенелость, ассоциативные нарушения, вторичные кататоно-гебефренные нарушения), рудиментарные продуктивные расстройства. Неспецифические возрастные формы реагирования (реакции компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, имитации, группирования со сверстниками) опосредованно отражают психологический криз созревания и особенности поведения, которые связаны со стремлением больных к реализации сверхценных переживаний.

На стадии дебюта, казалось бы, существенно облегчается диагностика, однако и здесь она непроста как в силу сложности самой задачи, так и трудностей, привносимых возрастом адолесценции. В этом случае представляется необходимым учитывать возможность психогенной провокации процесса в связи с соматическим заболеванием. При наличии острой психотической симптоматики в первую очередь рекомендуется исключить интоксикации, мозговые или общие инфекции, ЧМТ, интракраниальные инсульты, гипертиреозные кризы, болезни Кушинга, Аддисона, кризы со стороны кровообращения (Bleuler E., Bleuler M., 1983; Muthny F.A., 1989; Sandhu H.S., Cohen L.M., 1989 et al.).

Однако и при подостро (а иногда и при медленно) развивающейся шизофрении возможны такие начальные физические явления, как головные боли, физическая слабость, соматопсихические ощущения, вегетативные расстройства (особенно цианоз и похолодание конечностей). Часто на начальных стадиях появляется своеобразное изменение тургора кожи и мимики лица а-, дис- и гипермимическими явлениями. Особенно часто встречаются одутловатость, непроизвольное напряжение наморщенного лба и приспущенных век (Бруханский Н.П., 1934).

При сочетании психических и соматических расстройств американские авторы (DSN-III-R, 1980) рекомендуют исключить в первую очередь истинные физические расстройства — поражение паращитовидных желез, множественный склероз, системную красную волчанку.

Возможность ошибочно принять за процессуальную симптоматику проявления патологически протекающих пубертатных кризов у психопатических личностей (отнюдь не только шизоидного круга, вопреки мнению Г.П. Пантелеевой и соавт., 1986) и больных циклотимией в юношеском возрасте достаточно велика.

Согласно предложению Американской психиатрической ассоциации (DSM-III-R, 1987), если идентичная шизофрении симптоматика в детском и подростковом возрасте держится менее полугода (включая продром, активную и резидуальную фазы), а затем следует выздоровление, то даже в качестве предполагаемого следует ставить диагноз не шизофрении, а шизофреноподобного психоза («психоза с хорошим выходом»).

При дифференциальной диагностике могут иметь значение только те клинические признаки, которые проявляются в совокупности. Мы не будем останавливаться на таких проявлениях заболевания, как качественный сдвиг, прогредиентность, изменение личности по шизофреническому типу, поскольку при наличии этих признаков надобность в дифференциальной диагностике отпадает.

Анализ возрастной динамики болезненных изменений показывает определенную четкую взаимосвязь клинической динамики психопатоподобной шизофрении с теми возрастными периодами, которые описаны в литературе как биологические кризы. При этом для первого возрастного криза (3–4 года) при шизофрении в отличие от психопатий оказались характерными маломотивированные, диффузные приступообразные страхи, возникавшие в любое время суток, странные, психологически необъяснимые поступки, нередко на фоне своеобразных аффективных расстройств типа паратимий, ускоренное интеллектуальное развитие в сочетании с нарастанием дисгармонии психики, появление внезапного сверхценного интереса к чему-либо с элементами сенсации, озарения, сочетание шизоидного склада психики с симптомами повышенной возбудимости.

Для второго возрастного криза (6–7 лет) более характерны появление или усиление аутистических тенденций с резкой избирательностью контактов; возникновение интереса к схематичным, стереотипным, непонятным и нередко бессмысленным абстрактным построениям; упорные головные боли чаще распирающего характера с сенестопатической окраской; раннее появление спонтанных колебаний настроения либо со стертостью депрессивных компонентов, преобладанием тревоги, страха, вялости, снижением психического тонуса и появлением выраженной взрывчатости, либо с явлениями гипоманиакальной расторможенности; числовые и геометрические навязчивости, нередко сопровождающиеся сложными и вычурными двигательными ритуалами.

Для негативной фазы пубертатного периода (12–15 лет) при шизофрении характерны в целом более спокойное его протекание, чем при психопатиях; сужение, однообразие, неадекватность и парадоксальность аффективного реагирования; внезапное, маломотивированное причудливое изменение отношения к близким, иногда со своеобразной параноидной окраской.

В конце негативной фазы при переходе к позитивной (15–16 лет) нередко наблюдается выраженное асоциальное поведение (отказ от обучения и работы, бродяжничество, сексуальная распущенность, злоупотребление алкоголем, групповые кражи). Характерно, что больные шизофренией подростки с таким поведением не остаются одиночками, а склонны к группированию с себе подобными и легко включаются в различного рода преступные действия. Такая активность, к тому же, нередко сопряженная с извлечением выгоды, с проявлением определенной изворотливости, с мошенничеством, часто направляет диагностические размышления по ложному пути (Гурьева В.А. и соавт., 1980; du Bois R., 1982).

При шизофрении, в отличие от психопатий, указанные формы поведения обычно наблюдаются на фоне одного из двух клинических вариантов. В первом из них речь идет о нарастающих изменениях психики типа редукции энергетического потенциала с безволием, патологической подчиняемостью, отсутствием увлеченности чем-либо и бесцельностью поведения, слабостью волевого контроля над своими действиями. Здесь имеют место элементы регрессивной синтонности и мозаика малосвязанных переживаний, лишь частично адекватных ситуации. При втором варианте, не менее распространенном, имеет место нарастание гебоидности с вытеснением иной симптоматики, когда на первый план выступают гротескно-утрированные черты криза созревания.

Характерными для позитивной фазы пубертатного периода (16–18 лет) являются нарастание тревоги и предчувствие катастрофы, наличие выраженного диссоциированного психического инфантилизма, склонности к стойким сверхценным переживаниям в виде идей иных родителей, дисморфофобий, а также усиление односторонних интересов и склонностей, нарастание дезадаптации и асоциальных форм поведения. При этом, если в процессе становления, формирования психопатии все более выявляется психопатическая «индивидуальность», то при психопатоподобной шизофрении нередко происходит как бы стереотипизация личности, утрата индивидуального своеобразия за счет медленно, но неуклонно нарастающих шизофренических изменений.

Остановимся на некоторых различиях в клиническом оформлении собственно психопатоподобных синдромов при шизофрении. При истероподобных расстройствах обращает на себя внимание частота наблюдений с массивным гротескным выявлением истерических личностных расстройств в период пубертата, обильным фантазированием с чувством охваченности, яркой визуализацией сценоподобных причудливых представлений, стремлением к реализации своих, ставших сверхценными, фантазий. Все это сочетается с выраженной психической незрелостью и рано возникающим нарушением критики и длительное время расценивается как глубокая истерическая психопатия с атипичной клинической картиной. В процессе наблюдения, однако, выявляются хаотичные и карикатурные способы реагирования; к имеющимся проявлениям присоединяется шизоидизация, и происходит трансформация истерической демонстративности в шизофреническую вычурность и манерность, инфантильной доверчивости и наивности — в регрессивную синтонность, непрактичности — в паразитизм, истерохарактерологических черт — в гебоидные.

Психастенический психопатоподобный синдром как бы сдвинут к шизоидному полюсу, отличается обилием навязчивостей и фобий, а также малой выраженностью астенических компонентов и преобладанием явлений, характерных для варианта психастении, описанного P. Janet (1903), что при подростковых психопатиях почти не встречается. Чаще, чем при психопатиях, психастенические проявления сочетаются с другими личностными изменениями и представляют собой одно из проявлений свойственной этим больным мозаичности, диссоциированности; наличие психастеничности не находит по временам своего конкретного отражения в поведении больного; часто отмечается внезапное и психологически немотивированное появление психастенических черт, не свойственных ранее этой личности; в некоторых наблюдениях, характеризующихся тревожной мнительностью, отчетливо преобладает компонент тревожности; на более поздних этапах заболевания имеет место трансформация мнительности в подозрительность и настороженность, нерешительности — в амбивалентность, неуверенности — в рефлексию, то есть психастенического синдрома в так называемый синдром изменений личности по шизофреническому типу. В этом случае, по А.В. Снежковскому (1969), речь идет о нажитой дисгармонии психического склада типа, не свойственной ранее этим больным глубокой шизоидии: нарастающая интравертированность, рефлексия, усугубляющаяся нелюдимость, утрата духовной связи с людьми и всей совокупностью общественной жизни, обеднение аффективности, сочетающееся с эмоциональной хрупкостью («дерево и стекло»), усиливающаяся рационалистическая схематичность мышления, разрыв его с реальными отношениями, нарастающая стереотипия поведения, его ригидность, утрированная педантичность, отсутствие душевной гибкости, утрата активности, пассивная подчиняемость жизненным обстоятельствам, недостаточная интегрированность влечений.

Выделение шизоидного синдрома при шизофрении представляется, на первый взгляд, неправомерным. Однако термин «шизоидный» употребляется нами не в генетическом (Kretschmer E., 1953; Bleuler E., Bleuler M., 1983), а в клиническом смысле (Симсон Т.П., 1929; Ганнушкин П.Б., 1964; Кербиков О.В., 1971). Возможность квалификации состояния больных шизофренией в рамках шизоидного синдрома отмечена и в работах последнего времени (Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Смулевич А.Б., 1987; Башина В.М., 1989; Lambert P.A., Midenet M., 1972 и др.).

При шизоидном психопатоподобном варианте отмечаются большая выраженность, глубина и утрированность проявлений и нередко более позднее, постепенное формирование соответствующей клинической картины, значительно больший удельный вес крайних форм шизоидного поведения — от экспансивной восторженности до полной пассивности и безразличия. Аутистическое фантазирование в этих наблюдениях отличается своей разработанностью, яркой, конкретной и живой образностью, как бы подменяющей реальный мир. Само по себе влечение к фантазированию становится гипертрофированным; особенно большое место начинают занимать нередко носящие сверхценный характер необычные увлечения. С возрастом происходит постепенное трансформирование восторженно-экзальтированной экспансии в типичную монотонную одержимость, при которой деятельность больных становится все более роботоподобной. Отмечается также нарастание аутизма, чудаковатости, вычурности, эмоциональной опустошенности, резонерства, нелепых абстрактных построений и импульсивных поступков, то есть определенных элементов прогредиентности.

При наличии эксплозивного психопатоподобного синдрома обращают на себя внимание сочетание брутальных аффективных взрывов и общей эмоциональной обедненности, холодная агрессия и периоды вялости, наличие выраженного и малопонятного негативизма. При этом если у психопатических личностей возбудимого круга после эксплозивной вспышки некоторое, иногда весьма продолжительное, время остается аффективная напряженность с дисфорическими компонентами и готовность к повторным взрывам аффекта, то у больных шизофренией вспышка возбуждения часто заканчивается внезапно и неожиданно.

Приведенные данные с очевидностью свидетельствуют, насколько сложна диагностика шизофрении в подростковом возрасте с учетом частоты симптоматики «шизофренического предполья», проявлений продромальных и инициальных стадий, типичности своеобразного оформления клиники подростковой шизофрении (психопатоподобные, неврозоподобные расстройства, пубертатная психопатология).

Поэтому предпочтительны осторожность при установлении окончательного диагноза, обязательность стационарного освидетельствования, тщательность сбора объективных данных о больном. В сомнительных случаях лучше ограничиться предположительным (или двойным) диагнозом. Экспертное же заключение при сомнении в точности диагностического суждения должно основываться на общих показателях тяжести психических нарушений, общих для любой нозологической формы и исключающих возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

При констатации шизофрении как хронического психического заболевания в формуле невменяемости (ст. 11 УК РСФСР) несовершеннолетние, как правило, эскульпируются.

Появившаяся в последние годы тенденция подходить к экспертной оценке лиц, страдающих шизофренией, дифференцированно, в зависимости от качества ремиссии, сохранности личности и т. д., в целом может быть оценена положительно. Однако признание больного шизофренией вменяемым, по-видимому, целесообразно ограничить случаями, когда речь идет о закончившемся процессе или приступообразной шизофрении. Только при таких условиях можно правильно квалифицировать длительность (стойкость) и полноценность ремиссии, степень сохранности личности и судить о прогнозе. Попытки признавать вменяемыми больных с вялотекущей шизофренией нам кажутся сомнительными. В отношении несовершеннолетних эти условия сохраняют свою силу. На практике случаев с «многолетней полной ремиссией без заметных изменений личности при удовлетворительной адаптации и отсутствии патологического реагирования на судебно-следственную ситуацию» (Морозов Г.В., 1977) практически не встречается. Это отмечает и А.Е. Личко (1985).

## 4.5. Умственная отсталость (олигофрении)

Под олигофрениями понимают врожденное или рано приобретенное (в первые три года жизни) слабоумие с признаками *недоразвития* психики в целом. Этим оно отличается от деменции, где речь идет о приобретенном слабоумии, имеющим признаки *регресса* психической деятельности. Врожденное слабоумие, по Л.С. Выготскому, не есть изолированное заболевание интеллекта, а охватывает всю личность в целом. Однако основным симптомом олигофрении является *дефект познавательных способностей.* Для этих больных характерны отсутствие или недостаточность целеустремленности в мыслительных актах, отсутствие возможности систематизировать свой опыт на основе сложного процесса обобщения. По образному выражению, эти больные больше знают, чем умеют.

В общепринятой классификации по степеням выраженности интеллектуального снижения (дебильность, имбецильность, идиотия) четкие границы отсутствуют. В связи с этим Комитетом экспертов ВОЗ по психогигиене предложена количественная оценка интеллекта с помощью стандартизированных психологических тестов — коэффициента умственной одаренности (IQ): легкая — 50–69, средняя — 35–49, резко выраженная (тяжелая) — 20–34, глубокая — менее 20. Судебно-психиатрическое значение имеют лишь две первые формы.

Многими авторами первая из этих степеней называется **пограничной умственной отсталостью.** В раннем возрасте у этих детей отмечается повышенная моторная активность, отвлекаемость, выраженная эмоциональная лабильность, дисфории, плохой сон. При поступлении таких детей в школу обнаруживаются такие особенности интеллектуального недоразвития, как низкий уровень абстрагирования (конкретизация мышления), слабость творческого компонента игры и поведения, слабость переноса опыта, низкие познавательные и личностные интересы, следствием чего является низкая школьная успеваемость. Страдают память, внимание, целенаправленность, работоспособность, речевые функции, аффективно-волевая сфера, что препятствует использованию и развитию интеллектуальных возможностей пробанда. Характерны психопатоподобные проявления — взрывчатость, возбудимость, агрессивность, неуправляемость. Особенно часто отмечаются речевые нарушения (задержка развития речи, артикуляционные недостатки, замедленность речи или же тахилалия). Вторично обусловленная недостаточность мыслительных функций обычно выражена нерезко (Булахова Л.А., 1989), однако имеют место дислексия, дисграфия, дискалькулия, слабая память, неравномерность интеллектуальной работоспособности вследствие нарушений внимания, пространственных представлений. У некоторых пробандов имеет место тенденция к выравниванию психического развития с возрастом при условии адекватного воспитания и обучения, направленного на ликвидацию и компенсацию имеющихся недостатков, у других же выявляются и нарастают трудности в абстрактном мышлении. У этих подростков нередко имеется осознание своей неполноценности, попытки маскировать ее, реакции компенсации и гиперкомпенсации (склоннсть к клоунаде, примитивному хвастовству своей силой и т. п.).

При экспериментально-психологическом обследовании выявляется неравномерность разных сторон интеллектуальной деятельности по методике обучающего эксперимента (Л.С. Выготский). При соматоневрологическом обследовании обращают на себя внимание черты дисплазии, нарушения черепной иннервации, многочисленные двигательные нарушения, неустойчивость при ходьбе, положительная проба на адиадохокинез, часто отмечается вегетативная дисфункция. Проявлениями задержки моторного развития являются неуклюжесть, тики, гримасничанье, гипо- или гиперактивность.

Для группы больных с **легкой степенью олигофрении,** по В.А. Гурьевой и Э.А. Бурелову (1986), на судебно-психиатрическом материале наиболее характерными являются наследственная отягощенность олигофренией и алкоголизмом, а также хромосомные аномалии и высокий процент неблагоприятных средовых воздействий (плохая микросреда, неадекватное воспитание — 98%).

Свойственная этим больным дисфункция в деятельности желез внутренней секреции сказывается в запаздывании или ускорении полового развития; отмечаются крипторхизм, отсутствие вторичных половых признаков, несоответствие общего вида олигофрена его возрасту. Характерны признаки нарушенного физического развития: в 63% наблюдений отмечаются дисплазии, врожденные пороки костной системы, элементы дизрафического статуса, кифосколиоз, spina bifida, асимметрия черепа, грудных желез, волчья пасть, заячья губа, повышенная волосистость, альбинизм, полидактилия, гермафродитизм и другие уродства половых и внутренних органов. Отмечается корреляция между глубиной олигофрении и выраженностью различного рода аномалий физического развития. При легкой умственной отсталости органическая этиология выявляется у меньшинства пациентов.

Уже в раннем возрасте становятся очевидными общая задержка психического развития, значительный временной разрыв между появлением ходьбы (в среднем 1,4 года), отдельных слов (2,2 года) и фразовой речи (3,4 года). На этапе первого возрастного криза наблюдается расширение круга психических нарушений, основными из которых остаются задержка психофизического развития и отсутствие сенсомоторной дифференциации. Характерными оказываются дефекты звукопроизношения, ночной энурез, заикание, психомоторные нарушения с преобладанием возбудимости или торпидности. Уже в это время признак тотальности недоразвития выявляется достаточно четко. На этом этапе, особенно при более выраженной (средняя степень) дебильности, практически отсутствуют игровая деятельность, навыки самообслуживания и сенсомоторная дифференциация, появляются первые расстройства влечений, выявляются мориоподобные и вяло-апатические состояния.

На этапе второго возрастного криза отмечается достоверно большее неблагополучие по признакам, отражающим задержку развития. Игровая деятельность появляется лишь у 10% детей и отличается однообразием, неумением играть в коллективе сверстников. Навыки самообслуживания не сформированы. Сенсомоторная дифференциация остается грубо нарушенной. Обращает на себя внимание крайняя ограниченность познавательной функции речи, бедный активный словарный запас, грубые аграмматизмы и косноязычие. Отмечаются также несовершенство моторики, отсутствие тонкой координации движений. Выраженность интеллектуального недоразвития определяет значительные трудности при обучении по программам не только массовой, но и вспомогательной школы. Легче даются уроки труда, но и здесь отмечается значительная замедленность трудовых навыков. Часто появляются жалобы на головные боли и головокружения, утомляемость.

На допубертатном этапе основное место в клинической картине занимает тотальная недостаточность познавательной деятельности, нарушения внимания, памяти, сугубая конкретность мышления, крайне низкая успеваемость с повторным дублированием классов даже во вспомогательной школе, отсутствие интереса к учебе. В связи с тем, что обучение в школах для умственно отсталых детей в подавляющем большинстве случаев малоэффективно, родители некоторых из этих больных прилагают значительные усилия к их трудовому обучению с последующим трудоустройством на несложные работы (упаковщики, жестянщики и т. п.), однако в связи с медлительностью таких пациентов они не удерживаются даже на таких работах. Нет глубоких привязанностей. Психоорганические проявления (астенический вариант психоорганического синдрома) выявляются в основном в процессе обучения, причем несоразмерность предъявляемых к этим больным требований приводит, как правило, к школьной дезадаптации. Даже в этом возрасте у большей части детей отсутствует игровая деятельность, навыки самообслуживания, сенсомоторная дифференциация. Низкий уровень эмоционального реагирования проявляется в склонности к реакциям пассивного протеста. Реакция на семейную ситуацию выражена слабо. Характерно усиление внушаемости, значительное учащение расстройств влечений и поведения.

В период пубертатного криза на фоне соматоэндокринного метаморфоза при олигофрении происходит не только усложнение клинической картины, но и уменьшение ее нозологической специфичности за счет усиления психоэндокринных и психоорганических проявлений, неспецифически возрастной симптоматики (психологический криз созревания, поведенческие реакции) и присоединяющихся черт педагогической и социальной запущенности. Признак тотальности психических нарушений становится менее выраженным даже при дебильности средней степени.

Говоря о собственно *интеллектуальных расстройствах*, в целом характерных для легкой степени дебильности, необходимо подчеркнуть наличие сравнительно негрубых нарушений познавательной деятельности. Мышление носит преимущественно конкретный характер. Отмечается способность к несложным самостоятельным обобщениям. Эти лица способны к довольно успешному использованию помощи при решении субъективно сложных задач, но испытывают трудности при осуществлении логического переноса. Процесс анализа протекает поверхностно, недостаточно продуктивно, главным образом за счет слабой способности к отвлечению и обобщению. Вместе с тем уровень развития конкретного мышления делает все же возможным в некоторых случаях более или менее удовлетворительное усвоение социального опыта и адаптированных учебных программ (Сосюкало О.Д. и соавт.,1986). Характерна застреваемость на своих предубеждениях. Отмечаются слабость критической оценки собственного состояния и окружающего, характерна неспособность к самостоятельной деятельности. Имеется тенденция к задержке понимания и речи в разной степени, причем препятствующие развитию независимости нарушения экспрессивной речи могут сохраняться и в зрелом возрасте. Речь шаблонная, маловыразительная, бедная, с неправильными ударениями, ненужными паузами, заиканием. В словесных построениях встречаются, в основном, существительные, глаголы и местоимения (преимущественно это собственные имена, повсеместные предметы обихода). Крайне мало служебных слов, очень редко используются прилагательные.

По О.Е. Фрейерову (1964), для этих больных характерны *эмоциональные расстройства*: бедность и невыразительность эмоций, их однообразие, отсутствие нюансировки. Наиболее частыми являются такие синдромальные характеристики, как эйфорический, апатико-абулический и дисфорический. При первом из них отмечается стойко повышенное настроение с оттенком всеблаженства, беспечностью, беззаботностью, безразличием к окружающему, иногда с сюжетно-однообразными фантазиями, касающимися узкого круга интересов больного, отражающих его интеллектуальный дефект. В отличие от гипоманий, здесь отсутствует стремление к деятельности. Близок к этим состояниям *мориоподобный синдром* (мория с греч. — нелепость, ребячество): нелепая дурашливость, пуэрильный оттенок поведения, двигательная расторможенность, показное стремление подшутить над окружающими, устроить им неожиданный сюрприз, каверзу и т. п. Но этот синдром в судебно-психиатрической клинике при олигофрениях встречается редко, он более характерен для церебральных опухолей с лобной локализацией, для интоксикационных психозов, травматических поражений мозга.

При *апатико-абулическом синдроме* в рамках олигофрений отмечаются эмоциональная бедность, общая вялость, бездеятельность, медлительность, скованность, замедленная реакция на все окружающее, низкая способность к психическому напряжению, психомоторная заторможенность, слабость побуждений, аспонтанность, астрессовость.

Для *дисфорического синдрома* характерна триада: а) тоскливо-злобная окраска настроения; б) истероформные включения; в) преобладание депрессивного аффекта, нередко с ипохондрическими компонентами. В целом, для олигофренических дисфорий при их возникновении характерно недостаточно четкое восприятие окружающего мира. В некоторых случаях на высоте эмоционального напряжения отмечается истерический припадок или сужение сознания, склонность к сверхценным образованиям и даже рудиментарным бредовым построениям — обычно непродолжительным, исчезающим параллельно уменьшению аффективного напряжения.

Важен в судебно-психиатрическом отношении *психопатоподобный синдром.* Здесь имеют место три варианта: возбудимый, тормозимый и неустойчивый.

Для возбудимого варианта характерны: почти постоянная злобно-негативистическая установка в отношении окружающих, периодическая гневливая возбудимость, вспыльчивость и несдержанность, готовность к аффективным разрядам с неадекватной по отношению к раздражителю яростью, внешне немотивированным двигательным возбуждением, с тенденцией к разрушительным действиям и аутоагресии. Больные обнаруживают гиперестезию в отношении себя и анестезию в отношении окружающих, они повышенно обидчивы, эгоистичны. Настроение их лабильно. Порой отмечается некоторая вязкость и назойливость в поведении.

Аффективные состояния злобы, ярости, негодования, реакции «короткого замыкания» c внезапным изменением моторики протекают с утрированными мимическими и пантомимическими компонентами, с характерными неестественными выкриками, демонстративными угрозами и т. п. Нередко в структуре возбудимого варианта психопатоподобного синдрома имеют место истероподобные реакции, носящие примитивно-банальный, наивный характер. При психогениях возникают состояния ажитации и истероформные проявления. В некоторых случаях имеет место криминальное поведение при ослабленной возможности прогнозирования последствий своих проступков, особенно в состоянии алкогольного опьянения — драки, изнасилования с очень примитивными попытками скрыть содеянное, кражи, о которых тут же становится известно правоохранительным органам, и т. п.

Для тормозимого варианта характерны формы реагирования с явлениями нерешительности, робости, страха, пугливости, смущения, растерянности при изменении привычной ситуации. Характерен отрицательный эмоциональный фон. Помимо дистимических эпизодов нередко наблюдаются депрессивные состояния с подавленностью, тоской, элементами двигательной заторможенности, иногда с рудиментарными идеями отверженности со стороны конкретного круга лиц. Возможны и суицидальные тенденции. При психогениях отмечается формирование тревожно-депрессивного синдрома. Характерна пассивная подчиняемость в случаях контакта с властными сверстниками хулиганствующего или бандитствующего толка. Пробанды не могут постоять за себя, безропотно отдают деньги, приносят вещи из дома, «стоят на стреме» и т. п. Девочки и девушки олигофрены нередко подвергаются сексуальному насилию.

Для неустойчивого варианта характерна повышенная внушаемость, также возможно подпадание под влияние криминальных структур: «их воля без энергии» (П.И. Ковалевский). В некоторых классификациях эту группу рассматривают как один из типов психопатий («конституционально глупые» П.Б. Ганнушкина и «конформные» А.Е. Личко), что подчеркивает размытость границ между этими категориями, но с чем вряд ли следует соглашаться; в МКБ-10 этот вопрос не рассматривается.

В современных **классификациях** выделяется до 50 вариантов олигофрений, но в практическом отношении наиболее важны два из их числа: 1) адинамический — синдромы эйфорический, апатико-абулический и тормозимый психопатоподобные, отчасти неустойчивый; 2) гипердинамический — синдромы дисфорический, возбудимый психопатоподобный, отчасти неустойчивый. Однако в этом случае имеется возможность взаимных переходов между этими вариантами (Э. Крепелин), что свидетельствует об отсутствии четкой дискретности, обусловленной закономерными различиями.

В число расстройств, входящих в рубрику «легкая умственная отсталость» (F70), в МКБ-10 включаются такие понятия, как малоумие, легкая умственная субнормальность, легкая олигофрения, дебильность.

В рамках вариантов **клинической динамики** олигофрений выделяются следующие.

*Реакция тоски по дому (ностальгия)* — с нарастанием чувства тоски и тревоги, внутренним беспокойством, стремлением к разрядке. Возможно недостаточно четкое и дифференцированное восприятие окружающего.

*Реактивные состояния,* на высоте которых появляются быстро преходящие идеи отношения и преследования: состояния острой растерянности, состояния немотивированного панического страха, ипохондрический синдром (здесь возможна трансформация сверхценных депрессивно-ипохондрических идей в нигилистический бред), параноидные эпизоды (идеи отношения и преследования, для которых характерны элементарность, чувственный характер, отсутствие тенденции к систематизации), состояния измененного сознания (истерические, иногда эпилептические сумерки).

Для них характерны бедность психопатологической симптоматики, медленное течение, преобладание в клинической картине явлений заторможенности на фоне страха, тревоги и растерянности. Возможны депрессия, истерические проявления, суженное сознание. Характерны тенденция к повторению, стереотипная синдромальная характеристика: 1) тревожно-депрессивный синдром (растерянность, тревожность, тоскливость, нестойкие идеи отношения); 2) кататоноподобный синдром (негативизм, стереотипии, персеверации, элементы восковой гибкости); 3) наиболее характерен псевдодементный синдром (с утрированной нелепостью и крайним однообразием); 4) пуэрильный — с ограниченностью и бедностью демонстрируемой детскости при отсутствии фантазии и творчества на фоне страха и тревоги.

Под влиянием алкогольной интоксикации — *усугубление свойств, характерных для той или иной группы олигофрений и определяющих ее синдромальные характеристики.* Нередко возникает хаотичное психомоторное возбуждение с внешне безмотивными агрессивно-разрушительными действиями, иногда с грубым расторможением сексуального влечения, гневливой аффективности с агрессивными проявлениями.

Особый клинический вариант представляют собой *спонтанно возникающие у детей и подростков олигофренные психозы* (Макаров И.В., 2005). В этих случаях возможны астено-аментивная спутанность сознания (с длительностью не более 12 ч и последующей полной амнезией, церебрастеническими проявлениями в виде плаксивости, повышенной утомляемости, головной боли), шизофреноподобная симптоматика (с галлюцинаторно-бредовыми состояниями и сенестопатиями), вербальные галлюцинозы (истинные и псевдогаллюцинации, возникающие на фоне ясного сознания, длительностью от 1 недели до 4 месяцев и возможностью последующего рецидивирования на протяжении нескольких лет). В отличие от детей и подростков с шизофренией, у этих больных отсутствует специфическое для шизофрении нарастание апатоабулических расстройств и структурных нарушений мышления.

*При воздействии экзогенно-органических вреднос*тей (ЧМТ, интоксикации, инфекции и др.) у больных олигофренией возможно *появление психозов*, идентичных таковым у детей и подростков с нормальным интеллектом.

**Дифференциальный диагноз** нередко представляет значительные трудности.

*Задержка психического развития*, вызванная неблагоприятными влияниями среды, характеризуется, в первую очередь, недоразвитием актуального (по Л.С. Выготскому) интеллекта, высших познавательных процессов, понятийного мышления, способности к абстрагированию, которые наиболее связаны с обучением, познавательными интересами, потребностями. В то же время потенциальные интеллектуальные возможности (способность к обучению, принятию помощи, переносу) остаются относительно сохранными.

При задержке психического развития, вызванной соматогенными факторами, в структуре ее отчетливо выступают истощаемость, повышенная утомляемость, замедленность психических процессов и уже на этом фоне общее интеллектуальное недоразвитие.

Для *шизофрении* характерна большая неравномерность, диссоциация психических процессов, отгороженность, мутизм, расстройства мышления (невозможность сосредоточиться, отсутствие или наплывы мыслей, соскальзывания, разорванность), патологическое фантазирование, кататонические расстройства, паратимная окраска эмоциональных связей с окружающими, деперсонализационно-дереализационные расстройства, нарастание эмоционального оскудения. Для клинической картины ранней шизофрении (*олигошизофрении*) характерны разорванность речи, а временами мутизм, отгороженность, патологическое фантазирование, кататонические расстройства. Если шизофрения развивается у больного олигофренией, диагностируется *пропфшизофрения,* для которой характерны образность психических расстройств, преобладание двигательных нарушений, стертость, рудиментарность, элементарность, конкретность продуктивной симптоматики, отсутствие ее систематизации. При параноидной симптоматике обращает на себя внимание наивный характер бреда, а в случаях онейроидных расстройств — примитивное содержание. Характерно отсутствие явлений деперсонализации. Обращает на себя внимание особая структура слабоумия, в которой явления психического недоразвития сочетаются с симптомами специфического шизофренического дефекта (аутизм, эмоциональное оскудение, абулия с бездеятельностью).

При дифференцировании с ранними *резидуально-органическими состояниями с интеллектуальной недостаточностью* существенное значение имеют клинические особенности психоорганического синдрома, свойственные последним вазовегетативные расстройства — непереносимость жары, духоты, склонность к укачиванию, гиперпатия, вазомоторная лабильность, склонность к обморочным состояниям и колебаниям артериального давления, отчасти диэнцефальные нарушения. Церебрастенический синдром особенно отчетливо выступает в период пролонгированной у этих больных негативной фазы пубертата: для них характерна большая диссоциированность и неравномерность процесса психического созревания, а реакции оппозиции, отказа отличаются здесь большей устойчивостью и аффективной насыщенностью. В отличие от олигофрений, здесь эксплозивность проявляется и как личностная особенность и часто сочетается с истероподобными нарушениями как характерологического плана, так и в форме истерических механизмов реагирования. Чаще отмечаются и состояния декомпенсации. Более характерны и такие аффективные нарушения, как приступы ярости с агрессией, рано выявляющаяся тенденция к застойности аффекта, дисфории, импульсивность. Явления запущенности при органических поражениях возникают раньше и оказываются более выраженными, сопровождаясь более разнообразными формами асоциального поведения. Вместе с тем возрастная динамика в этой группе может носить и регредиентный характер (Гурьева В.А., Бурелов Э.А., 1986).

При дифференцировании с *психическим инфантилизмом* диагностическую значимость приобретают такие свойственные последнему клинические особенности, как большая живость психики, интересов к окружению, жажда впечатлений, отсутствие инертности, более высокий уровень логических процессов, большая инициативность и самостоятельность в играх, яркость эмоций, большее их влияние на интеллектуальную деятельность, стремление показать себя с лучшей стороны, отсутствие диспластичности в телосложении, большая плавность и ритмичность движений, выразительность мимики (Певзнер М.С., 1966; Юркова И.А., 1958; Исаев Д.Н., 1982).

При **судебно-психиатрической экспертизе** подростков, страдающих легкими степенями олигофрении, эксперты сталкиваются как с неоднозначностью юридического значения предметных видов экспертизы, так и с необходимостью применения специальных познаний не только в общей, медицинской и социальной психологии, но и в таких теоретических и практических дисциплинах, как психология и патопсихология детей и подростков, психология развития (Сафуанов Ф.С., 1998). Это предопределяет предпочтительность проведения в этих случаях комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, учитывающей не только глубину имеющегося дефекта, но и возможности прогнозирования подростком-олигофреном последствий своих поступков и наличие других, выявляемых у него, клинических особенностей. При олигофрениях невменяемыми признаются более половины подростков: все больные с олигофренными психозами, в подгруппе дебильности средней степени — почти все, а при легкой степени — единицы.

Показателями того, что подэкспертный может быть признан невменяемым, не подлежит уголовной ответственности и ему могут быть назначены принудительные меры медицинского характера (ст. 21 УК РФ), являются наряду с грубым снижением интеллекта повышенная внушаемость, неспособность соизмерять и корригировать свои аффективные побуждения и поведение, неумение ориентироваться в конкретной ситуации и адаптироваться к ней, нецеленаправленность в поступках. О значительной выраженности эмоционально-волевых нарушений свидетельствуют частые спонтанные расстройства настроения по дисфорическому, эйфорическому, вялоапатическому типам и неадекватные аффективные реакции со склонностью к импульсивной агрессии, некорригируемость поведения, выраженная внушаемость, подражательная мотивация своих поступков, отсутствие борьбы мотивов при принятии какого-либо решения, наличие истинных неодолимых расстройств влечения, а также отсутствие положительной возрастной динамики, несформированность компенсаторных механизмов, критических способностей (Посохова В.И., 1996). При правонарушениях, совершенных против личности, следует обращать внимание на такие особенности психики подростков, как мстительность, застойность аффекта и склонность к брутальным аффективным разрядам с агрессией.

При определении глубины интеллектуального недоразвития при олигофрениях в период пубертатного криза основное значение приобретает оценка таких показателей, как неспособность к обобщениям, анализу и синтезу, недоступность абстракции, тотальная психическая незрелость, неумение выделить главное, тугоподвижность, непоследовательность и непродуктивность мышления, бедность ассоциаций, отсутствие ориентировки в практических, житейских вопросах, неспособность прогнозировать последствия своих поступков и использовать свой прошлый опыт, нарушение критических способностей, четко коррелирующее с глубиной интеллектуального недоразвития.

Среди эмоционально-волевых нарушений при олигофрениях наиболее значимыми признаками их выраженности являются склонность к частым спонтанным расстройствам настроения по дисфорическому, эйфорическому и вялоапатическому типам, а также к неадекватным аффективным реакциям со склонностью к импульсивной агрессии; некорригируемость поведения, выраженная внушаемость, подражательность мотивации своих поступков; отсутствие борьбы мотивов при принятии какого-либо решения, наличие истинных неодолимых расстройств влечений, нарушение социальной адаптации. Косвенными показателями глубины психических изменений являются выраженная асинхрония полового и психического созревания, резкое усиление и утяжеление клинической картины в период негативной фазы пубертата, носящие стойкий характер и прослеживающиеся по окончании юношеского возраста, отсутствие тенденции к положительной возрастной динамике, невыработанность компенсаторных механизмов, неспособность к приобретению профессиональных навыков.

Если же выраженность психопатологических расстройств такова, что имеются основания считать, что они ограничивают способность подростка в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность его действий и руководить ими, он подлежит уголовной ответственности, однако его психическое расстройство учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера (ст. 22 УК РФ).

Если же, несмотря на наличие признаков умственной отсталости, подэкспертный обнаруживает способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, суд признает его вменяемым, и он подлежит уголовной ответственности на общих основаниях.

## 4.6. Психогенные расстройства

Среди всех психических заболеваний у детей и подростков психогенные расстройства встречаются в 27–32% случаев (Колегова В.А., 1969). Важность изучения этих состояний обусловлена не только их большой распространенностью, но, главным образом, тем, что без знания причин, механизмов возникновения, клиники невозможно ни выявить, ни предупредить, ни преодолеть их.

Спектр клинических форм этих расстройств в детском и подростковом возрасте очень широк, разнообразен, но далеко не все формы хорошо известны даже специалистам. Важным обстоятельством, заставляющим обращаться к этой теме, является возрастное своеобразие клиники этих болезненных состояний, незнание которой приводит к диагностическим ошибкам и к гипердиагностике. Здесь необходимо подчеркнуть, что для рассматриваемого возраста характерны особые клинические формы, присущие только этому периоду. Это маскированные (скрытые) состояния или соматизированные расстройства, проявляющиеся как соматические заболевания.

Большинство авторов придерживается той точки зрения, что психогенные расстройства у детей не проходят бесследно, они меняют их личность и могут отражаться на последующей жизни. Психогенная травма действует не в пустоте, не изолированно, а на определенном фоне, в определенном возрасте, у определенной личности, отягощенной или не отягощенной каким-либо заболеванием или нарушением развития. Это обусловливает важность знакомства с особенностями преморбида, характера физического и психического развития ребенка, которое, как правило, протекает неравномерно, а в определенные периоды (возрастные кризы) отличается повышенной хрупкостью психической организации, чрезмерной реактивностью, готовностью к возникновению нервно-психических расстройств. Именно в периоды возрастных кризов чаще всего и начинаются невротические расстройства.

Сложность изучения психореактивных расстройств и неврозов связана также с тем, что они могут проявляться и как самостоятельное заболевание, и как начальная стадия других психических страданий. Это определяет необходимость проведения дифференциальной диагностики, выделения клинических критериев разграничения.

При описании психогенных расстройств нельзя не раскрыть такие основополагающие понятия, как стресс (сильное эмоциональное напряжение) и депривация (дефицит удовлетворения биологически и социально значимых потребностей), поскольку они определяют основные механизмы развития психогенных расстройств, «посттравматические стрессовые расстройства», которые связаны со специфическими травмирующими ситуациями (катастрофы, пожары, пытки и пр.), а также психогенные развития личности (как результат хронического травматизирования). Последние особенно характерны для подросткового возраста.

В детском и особенно подростковом возрасте внешним выражением психических расстройств очень часто являются нарушения поведения вплоть до делинквентных, криминальных форм. Это наиболее характерно для состояний, связанных с длительным травматизированием. Криминальные поступки, как и психогенные расстройства, возникающие после привлечения к уголовной ответственности, нередко выражаются, наряду с традиционными клиническими формами, в тяжелых аффективных разрядах, агрессии и потому имеют большое значение для судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.

**Современные представления о возрастной специфике психогений**

Психические воздействия на ребенка (как положительные, так и отрицательные) начинаются раньше, чем он появляется на свет, в период его внутриутробного развития. Очень рано ребенок начинает сначала чувствовать, а затем и понимать, полностью ли удовлетворяют его биологические потребности и потребности в эмоциональном общении, у него появляется осознание разных ролевых функций в семье, отношений с родителями, усваиваются нормы поведения, система запретов, поощрений и т. д.

При этом если среда устойчива, если требования к ребенку соразмерны его возможностям, не противоречивы, адекватны возрасту, разумно мотивированы, если он окружен теплом и заботой, является желанным, если обучение своевременно, ненавязчиво и способствует выявлению и развитию потенциальных возможностей, если систематически тренируются волевые качества, если в отношениях устанавливается устойчивый гармонический стереотип, то можно с известной долей уверенности сказать, что ранней невротизации родители не принесут.

К сожалению, в реальности психогенные факторы обрушиваются на ребенка чуть ли не с рождения и при ослабленности его нервной системы или повторности травм у него часто развиваются психогенные состояния с широким пестрым спектром симптоматики.

Считается, что психогении являются самыми распространенными формами психической патологии. В свое время ведущий ученый отечественной детской психиатрии Г.Е. Сухарева (1959) отмечала, что психогении у детей составляют 80% от всех психических заболеваний. По более поздним данным ВОЗ, 45% всех психических заболеваний у детей связаны со стрессами.

Есть мнение, что определить истинную распространенность психогенных расстройств у детей невозможно (Сердюковская Г.Н., 1990), поскольку приводимые в мировой и региональной статистике цифры охватывают только учтенные, зарегистрированные наблюдения, которые, естественно, не отражают истинного положения вещей. Распространенность психоневротических расстройств можно образно представить себе в виде айсберга, в котором учтенные (видимая часть) и неучтенные случаи соотносятся как 1:5. В действительности невидимая часть «айсберга» может быть и больше, если учесть, что нередко такие больные попадают не к психиатрам, а к педиатрам и врачам общего профиля в связи с преобладанием не психических, а соматических жалоб.

Стараясь подчеркнуть рост психогений и нарастающую стрессорность современного общества, К. Хорни (1950) сказал следующее: «Вместо вопроса: «Является ли данный человек невротиком?», в настоящее время следует спрашивать: «Какой формой невроза он страдает?». Имеются значительные расхождения в цифровых данных разных исследователей, что свидетельствует, в числе прочих причин, об отсутствии единых подходов к диагностике психогений и, что немаловажно, о расширительном толковании понятия невроз.

Термин «психогении» (синоним — психогенные расстройства, психогенные заболевания, психогенные реакции) принят в отечественной психиатрии как обобщающее понятие, отражающее связь заболевания с психогенной травмой.

В зарубежных исследованиях и международных классификациях болезней (МКБ) разного пересмотра отношение к психогенным расстройствам часто меняется, но и в последних МКБ (9-го, 10-го пересмотра) исчерпывающей характеристики, как и определений этих состояний в отношении детского и подросткового возраста, нет. Отдельно даны выборочные формы «эмоциональных расстройств, специфических для детского возраста» и «расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста». Неврозы же (за исключением неврастении) в отдельную рубрику не выделены.

Представляется очевидным, что обобщающее понятие и обобщенное определение, как и приемлемая для клинициста систематика психогенных расстройств, необходимы, чтобы разобраться в пестрой картине указанных состояний. Это нужно, прежде всего, потому, что речь идет не об одном каком-либо патологическом состоянии, а о целой группе расстройств, объединенных общей этиологией, но различающихся особенностями причинных факторов и механизмами развития болезни, а также характера «почвы», на которую попадает психогенный фактор.

В целом, под психогениями понимают обратимые (функциональные, излечимые) расстройства психической деятельности, возникающие в ответ на воздействие психической травмы и подчиняющиеся определенным закономерностям клинического оформления, течения и исхода.

Основными клиническими формами психогений являются психореактивные состояния (психогенные реакции, реактивные состояния, психогенные развития личности) и неврозы (невротические реакции, собственно неврозы, невротические развития личности).

Самый легкий регистр расстройств представлен «реакциями» психогенными и невротическими, которые характеризуются остротой возникновения, кратковременностью (от нескольких часов до нескольких недель), неразвернутостью клинической картины, благоприятным исходом.

Разграничение психореактивных и невротических реакций носит в известной мере условный характер, и многие авторы склонны называть невротическими любые психогенные реакции, не носящие психотического характера. Это положение является спорным. Необходимость разграничения психогенных реакций возникает особенно тогда, когда они оказываются начальной стадией более пролонгированного болезненного состояния. Дело в том, что три варианта расстройств в каждой из двух основных форм психогений (реактивные состояния и неврозы) могут при определенных неблагоприятных обстоятельствах выступать и как три этапа психогенного или невротического развития. Реакции в этих случаях оказываются первым этапом болезненных расстройств.

Психогенные реакции могут проявляться как острые кратковременные психозы («острые аффективно-шоковые реакции»), протекающие с неясным сознанием, или как кратковременные расстройства непсихотического уровня. Невротические реакции проявляются чаще всего преходящими аффективными нарушениями специфического характера (так называемые «фобии» — навязчивая боязнь чего-либо) или отдельными невротическими, вазовегетативными, соматическими симптомами.

Для более четкого представления о каждой из двух основных форм психогений целесообразно сопоставить их по ведущим признакам.

Реактивные состояния обычно развиваются в ответ на непосредственный эмоциональный стресс, возникший в связи с действием сверхсильных травм. Начальная фаза этой травмы кроме чрезвычайности характеризуется остротой, внезапностью, неожиданностью, непонятностью для ребенка. Внутренняя психологическая переработка травмирующей ситуации может быть выражена незначительно, особенно при острейших травмах. Соответственно психогенный «удар» чаще всего сопровождается эмоциональными, аффективными расстройствами (страхи, панические реакции, депрессии). Характерно наличие «патологической почвы».

Реактивные состояния могут носить психотический и непсихотический характер. Непсихотический уровень этих расстройств абсолютно преобладает в детском и подростковом возрасте. По сравнению с неврозами реактивные состояния чаще возникают у примитивных органически стигматизированных личностей и потому нередко развиваются по древним механизмам «двигательной бури» или «мнимой смерти» (Кречмер Э., 1924) и сопровождаются в этих случаях временным регрессом психики в целом или отдельных психических функций.

Неврозы отличаются значительной связью с определенным типом личности, чаще развиваются под влиянием действующего исподволь длительного психогенного травматизирования. Психогенные ситуации обычно являются особенно значимыми для ребенка и подходят к особенностям его личности «как ключ к замку» (ключевое переживание, по терминологии Э. Кречмера).

Связь психогенного воздействия с особенностями личности при неврозах проявляется и в том, что основные формы неврозов чаще всего возникают у соответствующих аномальных личностей (например, истерический невроз — у истерических личностей и пр.).

Ортодоксальный анализ (З. Фрейд и его последователи) трактует неврозы как неизбежный необходимый момент развития в связи с образованием и разрешением детской тревоги. Сторонники индивидуальной психологии считают, что невроз — это патологическая форма компенсации чувства внутренней недостаточности или нереализованного чувства превосходства.

Для представителей «поведенческой терапии» невроз — это зафиксированный навык неприспособленного поведения, приобретенный путем научения. Крупнейший специалист по проблеме неврозов K. Horney определяет невроз как психическое расстройство, вызванное страхом и защитой от него, а также попытками отыскать компромисс в «конфликте противоположных тенденций». Невротические расстройства как отклонения от общепринятого в данной культуре интерперсонального поведения — это проявление заторможенного процесса самореализации (Horney K., 1950).

Для возникновения невроза характерно опосредованное, а не прямое действие психогенной травмы. В детском и подростковом возрасте, как правило, еще до начала невроза личность психогенно сенсибилизирована (Э. Кречмер) и уязвима вследствие своих внутренних психологических конфликтов и комплексов, характерных для детского возраста (комплекс старшего и младшего брата, комплекс соперничества с одним из родителей за лидерство в семье, комплексы Эдипа, Электры, собственной неполноценности и пр.).

Важное значение для понимания сущности психогений имеет вопрос об их месте среди всего спектра психических заболеваний. Вскользь уже упоминалось, что эти расстройства занимают самую низкую ступеньку при переходе от нормы к патологии, то есть находятся ближе всех других форм психических заболеваний к границе с психическим здоровьем. Именно это послужило в свое время основанием для обозначения психогений как «пограничных состояний».

Если учесть абсолютное преобладание у детей и подростков непсихотического уровня расстройств и многообразие доклинических начальных форм заболевания («предболезнь» — Павленко С.М., 1964; «предневроз» — Дестунис, 1963; «препсихопатические состояния» — Трамер М., 1949; Кербиков О.В., Гиндикин В.Я., 1960; «продромальный период» — Петренко В.П., 1982; и др.), то станет очевидным, насколько трудно, а нередко и невозможно четко отграничивать начальные психогенные и личностные расстройства от усиленных, но еще не болезненных отклонений.

В детском и подростковом возрасте эти границы оказываются еще более размытыми, поскольку психогенные расстройства могут долго оставаться скрытыми или проявляться симптоматикой соматических заболеваний или поведенческими (психопатоподобными) девиациями (так называемые «маскированные» формы). Крайним выражением таких долго остающихся завуалированными форм являются случаи, впервые обнаруживающие себя не какой-либо клинической симптоматикой, а тяжелым криминальным поступком. Это так называемый «инициальный деликт», по Е. Странскому (1950), или «криминальная манифестация», по Н.Н. Оспановой (1992). В этих случаях подросток, казавшийся до того здоровым, совершает тяжелое криминальное действие, и лишь потом при настойчивых расспросах могут выявляться психопатологические, болезненные переживания, начавшиеся задолго до правонарушения или непосредственно перед ним.

Необходимо учитывать также, что психогенная симптоматика у детей и подростков часто как бы вырастает из нормальных возрастных психологических особенностей: например, нормальное фантазирование, присущее возрасту, — и психогенные бредоподобные фантазии; неудовлетворенность своей внешностью, типичная для подростков, — и навязчивая боязнь (фобия) конкретного физического уродства (дисморфофобия), склонность к отвлеченным размышлением, характерная для периода пубертата, — и болезненное мудрствование (философическая интоксикация).

Все это показывает, насколько трудно подчас решить вопрос, являются ли данные внешние проявления следствием возрастного заострения личностных особенностей или же мы имеем дело с начавшимся заболеванием. Предлагаемые разными авторами критерии разграничения психогенных расстройств и нормальных возрастных девиаций при фактическом наличии не границы, а некоего пограничного пространства, часто оказываются малоубедительными.

Значение психогений очень велико не только потому, что они являются самыми частыми заболеваниями у детей и подростков, но также в связи с тем, что они нередко оставляют след в психике ребенка, а при неблагоприятной динамике способствуют появлению личностных девиаций, которые могут стать стойкими или быть выражением других, более тяжелых психических заболеваний.

Психогении издавна относили к так называемой «малой психиатрии», о которой известный отечественный психиатр П.Б. Ганнушкин (1933) сказал: «Это область несравненно более тонкая, область более сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков, знаний, чем психиатрия большая, где речь идет о душевнобольных в узком смысле слова». Диагностику психических расстройств в подростковом периоде П.Б. Ганнушкин назвал самой сложной, а Н.И. Озерецкий (1934) — самой трудной и филигранной.

Обращает на себя внимание, что разные по качественной характеристике психогенные травмы могут вызвать сходные клинические проявления у детей одного возраста. Так, острые психогенные воздействия у детей младшего возраста (от 1 до 8–9 лет) чаще всего вызывают реакции, основным содержанием которых является страх. Особенно значимые для ребенка 10–12 лет психогенные переживания (смерть родителя, несправедливое обвинение, тяжелые обиды и пр.) чаще сопровождаются депрессивными расстройствами (подавленное настроение, тоска, ощущение, что ребенок никем не любим, никому не нужен, мысли о собственной никчемности, бессонница, отказ от контакта и пр.).

При сходных обстоятельствах в период пубертатного криза депрессивные переживания также имеют место, но чаще они носят скрытый характер, а на передний план выступают озлобленность, агрессивность, протестное поведение. Все это свидетельствует о значительной роли возраста в клиническом оформлении психогенных расстройств и особенностях психогенного реагирования в зависимости от системы ценностных ориентаций в разном возрасте.

Чем младше ребенок и чем острее и внезапнее психическая травма, тем меньшую роль играют личностные особенности. Чем более выражены личностные отклонения, тем большее значение имеют так называемые «уязвимые точки» (Блей Е.А., 1940). Так, у подростков с патологическим стремлением к самоутверждению грубая заниженная оценка их возможностей, унижение могут вызвать появление чувства ненависти, злобы и выраженной реакции протеста, вплоть до тяжелой агрессии или какого-либо другого антисоциального поступка с разрушительными действиями — «назло» обидчику (например, повторные кражи вещей у ненавистной мачехи и уничтожение их).

Неблагоприятные условия в семье весьма разнообразны и вызываемые ими психогенные расстройства также различны. Одной из таких форм является ситуация, когда из-за неразрешимых конфликтов в семье ребенок вынужден жить у одной из конфликтующих сторон (то у матери, то у отца, то у бабушки). Этот феномен описан как «соломонов синдром» (Манова-Томова В.С., 1981), когда ребенок вынужден стать Соломоном (по мудрости), чтобы приспособиться к лицам с совершенно различными жизненными принципами и позициями.

Описан также феномен «психологической заброшенности» при живых родителях, занятых собой и карьерой. Ребенок оказывается в ситуации одиночества, непонятости, ненужности, то есть психогенные переживания сочетаются с ситуацией депривации. В этих случаях ребенок начинает искать и находит понимание «на стороне», в асоциальном окружении сверстников.

Очень большое значение среди прочих психогенных травм в детском и подростковом возрасте имеет так называемое хроническое травматизирование. Речь идет не об отдельных острых чрезвычайных по силе психических «ударах», а о длительном систематическом травматизировании, состоящем из бесконечной череды сильных и повседневных воздействий или, напротив, только из мелких, но беспрерывно действующих (унижения, угрозы, психологическое истязание, систематические избиения и пр.). Психологическое и физическое истязание детей и подростков встречается чаще всего в неблагополучных семьях, а также в закрытых детских учреждениях (интернаты для сирот и «социальных сирот», вспомогательные школы-интернаты, спецшколы для малолетних правонарушителей). Наблюдаются подобные случаи и при прохождении воинской службы. К хроническому травматизированию относится и насильственное сожительство отцов, старших братьев с малолетними и несовершеннолетними девочками.

Применительно к психогениям в детском и подростковом возрасте депривация может рассматриваться как одна из форм психотравматизации (разлука с матерью, лишение ребенка родительского тепла, внимания, заботы, воспитание в Доме ребенка, яслях-пятидневках, интернатах, сиротских домах, длительное пребывание в соматических и психиатрических стационарах — все это приводит к «госпитализму» и пр.). Кроме того, депривация может сочетаться с другими травматизирующими факторами.

К настоящему времени систематизированы случаи тотальной многоплановой депривации в раннем детском возрасте, когда речь идет не просто о психогенных расстройствах, а о тяжелых и необратимых нарушениях познавательной деятельности и психического развития ребенка в целом (Кузнецов О.Н., Лебедев В.И., 1972).

### *4.6.1. Систематика психогенно-травмирующих факторов*

Попытки систематизировать психогенные травмы делались неоднократно. С большей долей условности их можно было бы систематизировать следующим образом.

1. Сверхсильные, острые, внезапные:

а) смерть на глазах ребенка;

б) убийство на глазах ребенка;

в) изнасилование.

2. Субъективные, сверхсильные, острые (сверхзначимые для ребенка):

а) смерть матери, отца;

б) неожиданный уход из семьи любимого родителя;

в) известие, что родители не родные, что ребенок приемный.

3. Острые, сильные и сверхсильные, следующие одна за другой. Например: смерть матери, появление «плохой» мачехи, определение ребенка в интернат.

4. Психогенные травмы, лежащие в основе посттравматических стрессовых расстройств и отличающиеся определенным своеобразием. Это стрессовое событие (кратковременное или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать состояние дистресса почти у любого человека (природные катастрофы, сражения, несчастные случаи, роль жертвы пыток). Предиспонирующие факторы (личностные аномалии, органическая недостаточность) не обязательны.

5. Психогенные травмы, связанные с воздействием на внутренние психологические комплексы у ребенка.

6. Психогенные травмы, определяемые как ключевые переживания по отношению к каким-либо особенностям личности (тревожно-мнительные, истерические, сензитиво-шизоидные и пр.).

7. Психогенные травмы, сочетающиеся с депривацией (эмоциональной или сенсорной).

8. Психогенные травмы в периоды возрастных кризов (астенизация, кризовые психологические комплексы, наклонность к соматизированию психических расстройств).

9. Психогенные травмы, связанные с неправильным воспитанием (отвержение ребенка, воспитание по типу «кумира семьи», по типу «золушки», по типу «ежовых рукавиц» и пр.).

10. Хронические психические травмы (неблагополучная семья, закрытые детские учреждения, служба в армии).

11. Комбинация острых и хронических психогенных травм.

Для понимания сущности психогений большое значение имеет теория стресса Г. Селье (1936). Согласно этой теории, стресс (напряжение, давление обстоятельств) является реакцией защиты организма, попыткой восстановить гомеостатическое равновесие, составляя адаптационный синдром, проявляющийся в виде трех фаз: 1) реакция тревоги, мобилизации; 2) стадия сопротивления, резистентности; 3) стадия истощения, когда исчерпаны адаптационные возможности. Ведущая роль в развертывании стресса принадлежит гормонам (адреналин, норадреналин). Первые две фазы — это еще не болезнь, а естественная борьба организма с вредностью. Стресс может быть физиологическим и психологическим (информационный и эмоциональный).

На первых двух стадиях стресс может выступать как мобилизующая сила, и в случае успешного преодоления вредности он на этом и заканчивается. При продолжающемся действии стрессора или повторяющихся состояниях стресса наступает третья фаза — аффективного и гормонального истощения. Эту фазу Селье рассматривал как патологическую, как развитие психогении и обозначил ее как «дистресс». В это время преобладают тревога, чувство безысходности, тоска. Клинически этому соответствует картина неврозов, психореактивных состояний, «депрессии истощения» (по P. Kielholz, 1980) и начало психогенного развития личности. После стресса бывает достаточно незначительного психического перенапряжения, чтобы возобновился дистресс.

Концепция Селье сыграла важную роль в разработке теории патогенеза психогений, в углублении знаний об их соматической основе.

Особенности адаптационного синдрома Селье на психологическом уровне могут соотноситься с теорией фрустрации С. Розенцвейга (Rozenzweig S., 1945). Фрустрация, по автору, это столкновение какой-либо жизненной потребности индивидуума с непреодолимым психологическим препятствием (например, морально-этическая установка), внутренним запретом. При этом развивается стрессовое состояние, и в зависимости от длительности неразрешенного внутреннего конфликта может возникнуть невроз. Теория фрустрации дополняет учение Селье и не касается биохимических изменений, происходящих при этом.

С позиций эмоционального стресса, по-видимому, можно трактовать возникновение и развитие не только психогенной, но и некоторых форм соматогенной депрессии. Как отмечает P. Kielholz (1980), на первой стадии стресса одновременно с вегетативными и эндокринными защитными реакциями возникает психическая готовность к «борьбе». На второй стадии обилие психовегетативных и функциональных расстройств способствует возникновению ипохондрических опасений. На третьей стадии развиваются не только психические, но и психосоматические заболевания.

По мнению М.О. Гуревича (1949), между психическим заболеванием и нарушениями соматического порядка возможны разные взаимоотношения. Он выделяет одно из них, когда соматическое заболевание вызывает вторичные мозговые, а затем психические нарушения — это соматогенные психические расстройства.

При развитии дистресса, по Селье, имеет место другая ситуация, когда психогенный фактор вызывает такие психические нарушения, которые могут проявляться соматической симптоматикой, то есть речь идет о соматоформных расстройствах. Висцеровегетативные сдвиги с соответствующей симптоматикой имеются в картине каждого невроза как обязательная составная часть (Деглин В.Я., 1979). В соответствии с этой позицией автор вводит в определение неврозов наличие психогенных соматических расстройств.

### *4.6.2. Клиника психогенных состояний*

Известно, что психореактивные состояния могут проявляться как в форме психозов, так и в виде непсихотических реакций. Последние абсолютно преобладают в детском и подростковом возрасте. Существует точка зрения (Ковалев В.В., 1979 и др.), согласно которой психогенные реакции непсихотического уровня следует относить к «невротическим». Это положение спорно, поскольку ставит знак равенства между психогенными реакциями и «неврозами», стирает грань между ними. Однако если нельзя говорить о жестких границах между этими психогенными расстройствами, то полностью сливать их тоже нельзя, а следует рассматривать как относительно самостоятельные формы психогенных заболеваний. Различия между ними, касающиеся и механизмов развития болезни и клиники, приведены в предыдущих главах. Чтобы подчеркнуть легкость регистра непсихотических реактивных состояний, следует говорить о «невротическом уровне расстройств» (как альтернативе психотическому уровню), но не как о «невротических расстройствах». Например, психогенная депрессия на невротическом уровне — это не психотическое реактивное состояние, а «невротическая депрессия» — депрессия, связанная с какой-либо формой невроза. Это положение следует подчеркнуть как принципиальное.

Психогенные симптомокомплексы нозологически нейтральны, то есть могут наблюдаться при разных психических заболеваниях (например, депрессия, бредовой и галлюцинаторный синдромы). Это обстоятельство издавна вынуждало психиатров к определению специфической сущности психогенных реакций (реактивных состояний) и их отграничению от других психических заболеваний.

Среди попыток систематизировать основные закономерности клиники психогенных расстройств наибольшее распространение получила «триада Ясперса», которая включает три признака:

1) психогенные заболевания вызываются психической травмой;

2) психическая травма находит отражение в содержании симптомов этих заболеваний;

3) реактивные состояния заканчиваются при прекращении действия вызвавшей их причины.

Значение этой «триады» неоднозначно. С одной стороны, эта схема отражает самые общие признаки психогенных реакций и очень наглядна; с другой — она не охватывает целиком всего понятия психогений. На практике каждый из этих признаков нуждается в уточнении. Как мы уже говорили, психическая травма — это главная, но не единственная причина психогенных расстройств. Она обычно действует в сложном комплексе других социально-психологических и биологических факторов. В конечном итоге главным оказывается не столько «объективная сила» травмы сама по себе, сколько конкретный ребенок с его возрастом, уровнем умственного развития, темперамента, эмоциональности, самооценки, то, как он осознает травму, насколько она для него психологически значима.

Наличие второго признака «триады» позволило автору сформулировать положение о «психологически понятных связях», отличающих психогенные реакции от больших психозов (например, шизофрении). Однако если речь идет о психогенном психозе (псевдодеменция, ступор), то связь болезненных переживаний с содержанием психической травмы можно обнаружить далеко не всегда.

Третий признак наиболее условен. Если реактивное состояние носит острый характер, то его окончание может в известной мере совпадать с прекращением действия травмы. Однако нередко, особенно при пролонгированном травматизировании, может происходить «отрыв» динамики болезненных расстройств от вызвавшей их причины. В этих случаях психогенные заболевания становятся как бы автономными, приобретают известную самостоятельность («саморазвитие», по О.В. Кербикову). Именно так формируются психогенные (постреактивные, по Н.И. Фелинской, 1968) развития личности. У подростков указанный «отрыв» случается далеко не всегда. Сложность патогенеза и многообразие клинических форм психореактивных состояний породили массу попыток сгруппировать их, основываясь на разных принципах.

Наибольшее распространение получил принцип группировки, в основу которого положен принцип остроты и интенсивности психогенной травмы (Сухарева Г.Е., 1959). Первая группа — это острые аффективно-шоковые (и субшоковые) реакции. Вторая — подострые психогенные реакции. В этой группе психическая травма осознается, переживается и интеллектуально перерабатывается. Реактивные состояния этой группы обозначены как «истинные», «ядерные». В третьей группе психогенные расстройства возникают под влиянием «хронического» или повторяющегося травматизирования и сопряжены с последующим неправильным формированием личности ребенка.

### *4.6.3. Острые психогенные аффективно-шоковые состояния*

Наиболее часто встречаются аффективно-шоковые (субшоковые) реакции, проявляющиеся в виде клинически очерченных состояний сильнейшего страха (вплоть до паники) с хаотическим двигательным возбуждением при неясном, аффективно суженном сознании (психогенные сумеречные состояния) или страха с выраженной психомоторной (речедвигательной) заторможенностью вплоть до психогенного (эмоциогенного, аффектогенного) ступора. Указанные два варианта — это острые кратковременные психотические состояния. Многими исследователями доказано, что дети менее выносливы в отношении острых внезапных массивных психических травм указанного выше сверхсильного характера, причем шоковые реакции наиболее часты у детей дошкольного возраста. Ребенок воспринимает как угрожающую ситуацию только то, что он непосредственно видит и чувствует, будущая же опасность им в полной мере не учитывается.

Причинами шоковой реакции у ребенка до 5 лет, особенно при наличии у него патологической почвы (см. главу 3), могут быть даже кажущиеся безобидными факты: внезапное появление незнакомого ребенку животного, громкий, пронзительный крик, звук, резкая перемена обстановки. Или, например, помещение в детское учреждение ребенка ослабленного, изнеженного, с мимозоподобной психикой может сопровождаться появлением ступора, мутизма, отказа от контактов и еды.

Начинаются аффективно-шоковые реакции обычно сразу после травмирующего воздействия с состояния «оглушенности» и сужения сознания, внимания, дезориентировки, нарастающей паники. Основным симптомом начальной стадии является сильнейший страх (панический, инстинктивный). В связи с развивающейся в дальнейшем неясностью сознания ребенок плохо помнит события этого периода и свое состояние, так что воспоминания об этом оказываются отрывочными. Страх остается и спустя несколько дней после исчезновения острых явлений в виде приступов, уже не связанных с новым травматизированием. Всякая ситуация, напоминающая травмирующие переживания, приводит к возобновлению страха. Психомоторное возбуждение, наблюдающееся в первом варианте, проявляется в повышенной суетливости, бесцельном двигательном беспокойстве и напоминает тот примитивный тип реагирования, который был описан Э. Кречмером (1924) как «двигательная буря». Дети мечутся, громко кричат, не реагируют на обращение.

Второй вариант шоковой реакции протекает также с преобладанием сильного страха и неясного сознания, но вместо речедвигательного возбуждения отмечается резкая речедвигательная заторможенность по типу так называемой «мнимой смерти». Дети «цепенеют», застывают в одной позе.

Важно отметить, что даже однократная острая психогенная реакция может привести к изменению адаптационных возможностей и повышению чувствительности к повторным психическим травмам («психической сенсибилизации»). Иными словами, несмотря на общую тенденцию к благоприятному течению (с длительностью в несколько дней), возможны отдельные случаи перехода к затяжному или рецидивирующему течению. Как видно из изложенного, основными психопатологическими симптомами при острых аффективно-шоковых реакциях являются сильный страх, неясное сознание, нарушение речи, двигательное возбуждение или заторможенность. В зависимости от преобладания одного из указанных симптомов выделяют разные варианты аффективно-шоковых реакций («сумеречные состояния сознания», «речевая спутанность», «острые психозы страха», «острый ступор», «реакция короткого замыкания»).

#### 4.6.3.1. Острый психоз страха

Коснемся лишь некоторых вариантов шоковых реакций. Среди них необходимо остановиться на «остром психозе страха», поскольку эмоция страха в детском возрасте является одной из самых характерных, встречающихся практически при всех формах психогенных расстройств и при психических заболеваниях иной природы. Кроме того, в рамках неврозов у детей также выделяют состояния с ведущими симптомами страха — «невроз страха». Клинико-нозологическое положение этих двух форм «страха» до настоящего времени остается спорным, но, несмотря на это, даже в самых последних работах выделяют эти две формы патологических состояний.

По данным ведущих физиологов и психологов, страх относится к числу основных эмоций человека, играющих защитную роль в развитии психической саморегуляции и являющихся средством познания окружающего мира; с развитием самосознания страх уменьшается. Появление страха в детском возрасте еще не означает патологии, а может отражать особенности реагирования незрелой психики. Интенсивный острый страх (ужас, паника), непосредственно связанный с сильной (сверхсильной) психической травмой, отличающийся жесткой связью с соматовегетативными и двигательными нарушениями и отсутствием внутренней его переработки, сопровождается аффективным сужением сознания, затрагивающим инстинкт самосохранения. Он характерен для острых шоковых реакций. Появление у ребенка острого страха парализует его способность размышлять, критически оценивать ситуацию, руководить своим поведением.

Как любая шоковая реакция, острый психоз страха продолжается от нескольких часов до дней. Однако в зависимости от ряда обстоятельств (возраст, особенности личности, характер страха, патологическая почва и др.) это острое состояние может приобретать затяжной или рецидивирующий характер и новые свойства, присущие уже не реакциям, а невротическим состояниям. При этом в клинической картине начинает преобладать тревога, а страх принимает характер фобий. Дети, перенесшие острые реакции страха, попадают в группу риска в плане возможности развития «невроза страха».

#### 4.6.3.2. Острые психозы с синдромом регресса психики

Данный синдром возникает обычно сразу, остро, на фоне истерически измененного (суженного) сознания и проявляется в виде поведения, напоминающего поведение животного или «дикого» человека: ползание на четвереньках, «лакание» еды прямо из миски, звериное подвывание, рычание, лаяние, «скаление» зубов и пр. (Бунеев А.Н., 1950; Чибисов Ю.К., 1961; Фелинская Н.И., 1968).

Истерически суженное (или сумеречное) сознание сочетается с возбуждением, аффектом страха или агрессивной защитой. Иногда «перевоплощение» в животных носит выраженный, но кратковременный характер. Нередко отмечается исчезновение ориентировочных и оборонительных реакций. Иногда при совершенно беспорядочном поведении неожиданно выявляются отдельные отрывочные ситуационные высказывания. Такие состояния могут возникать не только как острая психотическая реакция, но и как стадия затяжных реактивных психозов. В последнем случае возникают большие трудности в их отграничении от шизофрении.

В подростковом возрасте состояния «регресса» психики принимают форму пуэрилизма, а в виде «одичания» встречаются исключительно редко.

#### 4.6.3.3. Острые аффективные реакции короткого замыкания

Аффективные реакции в подростковом возрасте являются одной из самых распространенных форм психогенно-личностного реагирования и отличаются большим многообразием клинических форм и степени их патологичности (от обычных неболезненных подростковых и личностных реакций до острых кратковременных психотических состояний — эпизодов).

Среди острых психогенных психозов острые аффективные реакции занимают особое место и не только в связи с отмеченными выше особенностями. Прежде всего, это самые кратковременные психотические состояния, которые длятся от нескольких минут до нескольких часов и заканчиваются так же внезапно состоянием тяжелой соматопсихической астении (вплоть до прострации) или сном.

Сохраняя все основные качества острых психогенных психозов (острота возникновения реакции и выхода из нее, аффективное сужение сознания, интенсивный аффект страха и пр.), эти психотические реакции развиваются по механизму «короткого замыкания» и отличаются целым рядом признаков. Они, как правило, возникают при наличии «патологической почвы», чаще всего связанной с перенесенным в раннем детстве неглубоким церебрально-органическим поражением. В преморбиде у таких подростков нередко прослеживается наличие соматогенных астенизирующих факторов: физическое истощение, недосыпание, инфекционные и соматические заболевания.

Они относятся к группе аффектогенных расстройств и начинаются быстро нарастающим аффектом отчаяния, безысходности или злобы, ненависти, как правило, сочетающихся с очень сильным страхом (ужасом) за свою жизнь или жизнь самого близкого человека. Характер этого аффекта зависит от типа личности подростка, от преобладания в ней черт тормозимости, слабости или возбудимости, эпилептоидности.

Очень важной особенностью этого аффекта является то, что он всегда предметен, то есть относится только к определенному субъекту, являющемуся источником психотравматизирования. Не менее важно и закономерно то, что такие острые аффективно-шоковые реакции развиваются на фоне уже накопленного длительного аффективного напряжения, связанного с той же ситуацией или с тем же лицом. Непосредственным толчком к возникновению таких реакций является очередной конфликт со «стрессором» или какой-либо добавочный психогенный повод, который сам по себе может быть и незначительным, но, падая на подготовленную («сенсибилизированную») почву, оказывается той «последней каплей, которая переполняет чашу».

В отличие от других описанных выше аффективно-шоковых реакций, реакции короткого замыкания, проявляющиеся как острый аффективный разряд (взрыв) на фоне измененного сознания, сопровождаются тяжелыми разрушительными, агрессивными действиями, направленными на «стрессора».

Такие реакции возникают не после правонарушения (в ответ на привлечение к ответственности), а характеризуют сам момент совершения криминальных действий. В связи с этим их оценка, квалификация имеют очень большое значение при судебно-психиатрической экспертизе. О патологическом (психотическом) характере таких состояний свидетельствуют следующие признаки. Возникающий с самого начала сложный аффект с преобладанием страха, ужаса, безысходности отличается молниеносным нарастанием и «охваченностью» болезненными переживаниями. Он как бы заполняет все сознание, определяя его аффективное сужение и не оставляя места для размышлений и критического анализа ситуации. Возникающее при этом некорригируемое стремление избавиться от тягостного аффекта завершается импульсивными действиями, не сопровождающимися ни борьбой мотивов, ни прогнозированием последствий своего поведения. Окружающее при этом воспринимается смутно, и воспоминания об этом периоде сохраняются лишь частично. Двигательное возбуждение и разрушительные действия отличается брутальностью, массивностью и такой силой «ударов», которую трудно предполагать у подростка. Так, маленькая хрупкая девочка 14 лет убила своего отца, отличавшегося большим ростом, весом и силой, нанеся ему 47 ударов топором, разрубив череп и крупные кости. По заключению судебных медиков, большая часть нанесенных повреждений была несовместима с жизнью. Эта множественность и сила повреждений отражают характерный для таких патологических состояний «двигательный автоматизм». Бывают случаи, когда подросток долго не может освободиться от орудия убийства, так как рука остается как бы сведенной судорогой. Повреждения получает обычно не только «виновник», но и предметы, расположенные вокруг, и случайные лица. Заканчиваются такие реакции обычно соматическим и психическим истощением или сном. Совершенное деяние и последующее привлечение к ответственности оказываются новыми психогенными травмами, вызывающими реактивные состояния, чаще в виде психогенной депрессии (см. ниже).

Наряду с такими кратковременными психотическими состояниями, которые встречаются нечасто, в детском и особенно подростковом возрасте наблюдается большое количество разнообразных аффективных реакций непсихотического уровня. Особенности их клинического оформления находятся в тесной зависимости от типа личности и чаще развиваются у подростков с формирующейся психопатией. Эти реакции также выражаются бурной вспышкой аффекта и соответствующими поступками, отражающими направленность аффекта и особенности личности подростка (истерический припадок, взрыв гнева, агрессии, суицидальные попытки, побеги, поджоги и пр.), но не содержат той симптоматики, которая обусловливает глубокий уровень расстройств (см. выше) и расстроенного сознания. Хотя личностные острые аффективные реакции не относятся к аффективно-шоковым, по-видимому, целесообразно коротко остановиться на их характеристике именно в данном разделе, поскольку это облегчит сопоставление психотического и непсихотического уровня таких расстройств.

#### 4.6.3.4. Острые аффективно-личностные реакции

Острыми аффективно-личностными реакциями обозначаются состояния «крайнего эмоционального напряжения, обусловленные психическими травмами и кризисными ситуациями» (Личко А.Е., 1985). Они также очень кратковременны (от нескольких минут до 1–2 дней). Потребность в естественном сне служит той границей, которая определяет максимальную продолжительность острой аффективной реакции (Личко А.Е., 1985).

Даже в самых выраженных случаях, когда подросток начинает плохо управлять своими поступками и не думает об их последствиях, речь идет не о психотическом уровне расстройств, а о незрелости психики, недостаточной социализации личности и невыработанности волевых задержек.

При сопоставлении острых психотических и непсихотических реакций выявлено следующее (Морозова Н.Б., 1986). Психотравмирующая ситуация, как причина личностных аффективных реакций, лишена той массивности, тяжести и драматизма, которые характерны для психотических реакций. Она скорее субъективно значима. Соотношение силы психогенных травм и выраженности особенностей личности подростков резко смещено в сторону последней (утрированное самолюбие, эгоцентризм, обидчивость, ранимость, заниженная самооценка, максимализм в оценках, требованиях, претенциозность и пр.). Большое значение в особенностях реагирования у таких подростков имеют последствия неправильного воспитания и запоздалая социализация личности в виде педагогической запущенности.

Выделяют четыре типа острых аффективных реакций в подростковом возрасте (Личко А.Е., 1985): агрессивные, аутоагрессивные, импунитивные и демонстративные.

Агрессивные реакции проявляются нападением на обидчика или «вымещением» злобы на случайных лицах. Суть реакции состоит в разрядке аффекта. Развиваются чаще у подростков с повышенной возбудимостью.

Аутоагрессивные реакции чаще, чем предыдущие, становятся предметом наблюдения психиатра. Проявляются нанесением самоповреждений или суицидальными попытками, покушениями на самоубийство. Все действия — лишь путь к разрядке аффекта. К подобной разрядке склонны чаще всего эпилептоидные подростки, но встречается она и при лабильной, и при циклоидной, и при конформной, и при неустойчивой акцентуациях. Суицидальные попытки при острых аутоагрессивных реакциях у подростков составляют особый вид суицидального поведения.

При импунитивных аффективных реакциях аффект разряжается не агрессией, а путем бегства из психотравмирующей ситуации. Проявляется, как правило, побегом из дома или из школы, интерната. Подобные побеги не готовятся заранее, совершаются обычно в одиночку. Импунитивные реакции чаще встречаются при лабильной, сензитивной и неустойчивой акцентуациях.

Демонстративные реакции — наиболее часто наблюдаемый тип острых аффективных реакций у подростков. В основе их лежит крайнее аффективное напряжение, вызванное обидой, перспектива оказаться в глазах окружающих униженным, отвергнутым. На фоне аффекта совершается ряд поступков и действий, направленных на то, чтобы обратить на себя внимание, пробудить сочувствие, жалость, избавиться от неприятностей. Это обычно выражается демонстративными попытками самоубийства, как правило, ярко расцвеченными и подготовленными (прием неядовитых лекарств с разбрасыванием оставшихся таблеток, оставление записок с душераздирающим содержанием и пр.). Такие реакции чаще всего развиваются у подростков с истерическими особенностями личности.

### *4.6.4. Подострые психогенные расстройства — реактивные состояния*

В отличие от острых аффективно-шоковых реакций, подострые психогенные расстройства развиваются в ответ на более продолжительное травматизирование. При этом травма чаще всего носит характер фрустрирующей жизненной ситуации, жизненного события, которое субъективно кажется непреодолимым. В силу того, что такая ситуация возникает неожиданно, внезапно, она вначале воспринимается как острое психогенное воздействие, хотя по своей сути, как правило, оказывается продолжительной (смерть родителя, развод родителей, привлечение к уголовной ответственности).

В части случаев жизненные травмирующие события сочетаются с депривацией и психосоциальным стрессом (помещение в закрытое учреждение, резкое изменение условий жизни и резкое ухудшение финансовых возможностей в семье, исчезновение лиц, с которыми были тесные эмоциональные контакты). Возникновение реактивного состояния возможно только в том случае, если психогенная травма осознается, перерабатывается сознанием и становится доминирующим переживанием (появление так называемой патодинамической структуры, основное место в которой занимают аффективно насыщенные мысли о травмирующей ситуации).

В подростковом возрасте вновь, как и в младшем детском возрасте, включая второй возрастной криз (в 6–7 лет), нарастает частота вегетативных нарушений, причем сосудистый компонент выражен отчетливо (головокружение, обморочные состояния, головные боли, тахикардия, боли в сердце, преходящая гипертензия, сосудисто-вегетативные кризы). Это связано с самой сущностью пубертатной фазы созревания. Характерно также усиление моторной расторможенности (большое количество движений, угловатость, гримасничанье), что проявляется в психогенных реакциях тиками, гиперкинезами, нарастают случаи расстройств влечений, исчезает склонность к генерализации страхов, к энурезу, резко уменьшаются психогенный мутизм, заикание, психогенная рвота. В этом возрасте снижается темп успеваемости, резко нарастают нарушения поведения, соматопсихическая астения. Все это находит отражение в клинике психогенных расстройств, основной формой которых является подавленность, тоска и мысли о смерти. Усиление соматовегетативных проявлений определяет частоту депрессивно-ипохондрических состояний в подростковом возрасте.

Здесь следует повториться, что даже самая тяжелая травма в форме жизненной ситуации не обязательно вызывает психогенные расстройства; большое, а иногда и решающее значение имеют особенности личности, характер «патологической почвы», возраст, особенности психического развития, повторность травматизирования.

В целом подострые реактивные состояния обратимы, то есть могут проходить под влиянием лечения, а в легких случаях даже самостоятельно после прекращения действия психотравмы (К. Ясперс).

По тяжести клинических проявлений подострые реактивные состояния могут быть непсихотическими (оставаться на невротическом уровне) или достигать степени психоза. В детском и подростковом возрасте психотический характер реактивного состояния встречается редко, так что возникновение психоза заставляет заподозрить наличие другого, более тяжелого психического заболевания. В зависимости от ведущего психопатологического синдрома различают разные варианты подострых реактивных состояний.

#### 4.6.4.1. Психогенные депрессии

«Депрессия» в переводе на русский язык означает «подавленное настроение, душевное угнетение». Эти состояния обобщенно определяют как синдром, характеризующийся пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением жизненно важных (витальных) побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения, соматоневрологическими расстройствами.

Для уточнения понятия непсихогенной большой (эндогенной) депрессии важна также триада В.П. Протопопова (1920): учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам. Эта симптоматика может наблюдаться в остром периоде эндогенной и психогенной депрессии. Депрессиям присущи и такие свойства, как отрицательная, уничтожающая оценка собственной личности, внешнего мира и будущего. Для диагностики депрессий у детей и подростков используют «триаду Букка»: пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего.

Долгое время считалось, что у детей психогенные депрессии возникать не могут в силу недифференцированности психики. После работы Р. Шпитца (Spitz R., 1945), описавшего анаклитическую депрессию у младенцев, это мнение было поставлено под сомнение; но до сих пор некоторые авторы считают, что в детском возрасте, особенно раннем, психогенные депрессивные реакции развиваются только в связи с разрушающим воздействием на «комплекс привязанности» (Bowlby J., 1979), который обычно сформировывается лишь к 6 месяцам.

В подростковом возрасте психогенные депрессии встречаются намного чаще, чем другие формы подострых реактивных состояний. Связано это с тем, что при незрелой психике аффективный уровень реагирования является преимущественным (недостаточная способность к переработке внешних впечатлений, их анализу, прогнозированию, критической оценке и незаконченность социализации личности).

По этой же причине наиболее частым клиническим выражением любых психических заболеваний в подростковом возрасте, особенно на их начальной стадии, являются депрессивные проявления. Частота депрессивного синдрома у подростков определила необходимость его группировки. В связи с этим выделены депрессии психогенные, невротические, экзогенные (органические) и эндогенные (не связанные с какой-либо внешней причиной, но возникающие как проявление хронических психических заболеваний или при наличии определенных личностных структур, например, шизоидной, циклоидной). Чаще всего говорят о двух, как бы альтернативных, противоположных друг другу группах: психогенных и эндогенных депрессиях. Знание признаков, позволяющих их разграничить, необходимо для правильной диагностики, хотя любые выделенные критерии не являются абсолютными.

Психиатрам хорошо известно, что шизофренический процесс в подростковом возрасте нередко начинается с депрессии, которая и по этиологии (травмирующая ситуация), и по клинике проявляется как психогенная. Первый депрессивный эпизод (фаза) при маниакально-депрессивном психозе возникает нередко также после психотравмы и проявляется затяжным болезненным состоянием, несущим в себе все признаки реактивной депрессии.

Актуальность изучения подростковых депрессивных состояний связана также с тем, что этот возраст накладывает значительный отпечаток на клинику депрессий, придавая ей весьма своеобразную окраску, что послужило причиной обозначения их как «пубертатных депрессий».

Депрессии в детском и подростковом возрасте нередко остаются нераспознанными в связи с частотой скрытых (ларвированных) и маскированных форм, которые в части случаев проявляются, как и у взрослых, «соматическими» (по Д.Д. Плетневу, 1927) и «вегетативными» депрессиями (по R. Lemke, 1949). Клиническим выражением депрессии в этих случаях являются подавленность, тоска и тревога и такие психосоматические расстройства, как головные боли, энурез, нарушения сна, приступы по типу бронхиальной астмы, экзема, эритема, спастический колит, резкое похудание, связанное с анорексией, ювенильная (юношеская) гипертония и многое другое. Однако такие «маски» больше характерны для детского возраста, у подростков же чаще наблюдаются «поведенческие», «психопатоподобные» расстройства (Личко А.Е., 1985; Сосюкало О.Д., 1983) в виде развязности, грубости, эксплозивности (повышенной возбудимости), суицидальных мыслей и поступков, делинквентного (криминального) поведения.

Маскирующие проявления депрессий у детей и подростков описываются под названием депрессивных «эквивалентов». Они проявляются «соматическими ощущениями», не имеющими органического подтверждения, или симптомами аффективного ряда. К числу таких «эквивалентов» относят кроме соматических проявлений и «школьные фобии», и проявления юношеской астении, и ипохондрические симптомы.

Скрытые и маскированные депрессии у подростков наиболее характерны для психогенных расстройств. Выявление таких депрессий особенно важно в случае совершения подростком в это время агрессивных действий, направленных против других или на себя. Именно здесь возникает потребность определить, была ли у подростка депрессия в период совершения агрессивного поступка и насколько интенсивно она была выражена. Такая квалификация нужна для решения вопроса о том, мог ли подросток отвечать за свои поступки.

Для депрессий в период пубертатного криза (12–18 лет) характерны проблемы в школе и дома, пубертатная истощаемость, астенизация с ухудшением успеваемости, нарушением внимания, пассивностью, легкость возникновения реакции на замечания родителей, капризность, эгоцентризм, озабоченность «мировыми проблемами», стремление к самоутверждению, оппозиционность, сочетание потребностей в самостоятельности и в зависимости, максимализм. Все это определяет легкость возникновения симптомов угнетения и тревоги и своеобразие клиники депрессивных состояний.

В подростковом возрасте возможности разграничения эндогенных и психогенных депрессий увеличиваются. Именно для этого возраста выделены «витальные» и «персональные» депрессии (Van Praag, 1976), первые из которых больше соответствуют понятию эндогенных, вторые — экзогенных и психогенных депрессий. В клинической картине витальных депрессий ведущее место занимают нарушения «жизненных функций» (сложности с засыпанием, нарушение продолжительности сна с частыми пробуждениями, расстройства аппетита (отсутствие вкусовых ощущений, потеря массы тела, приступы прожорливости без аппетита), ощущение постоянной усталости, бессилия, соматические расстройства (сухость во рту, запоры), дневные колебания настроения с его ухудшением по утрам.

К числу признаков, характеризующих клинически очерченные «витальные» депрессии, относят такие: неясное, гнетущее ощущение «тяжести» на сердце, необъяснимость возникшего состояния подавленности, наличие речедвигательной заторможенности, тревоги и ажитации (внутреннее и внешнее беспокойство), вялости.

При «персональной» депрессии чувство витальной тоски отсутствует (но может появляться при резком нарастании тяжести депрессии); снижение настроения тесно связано с конкретной ситуацией или обстоятельствами, чаще и интенсивнее выражена тревожность, реже и слабее — заторможенность, вялость; отсутствуют очерченные колебания настроения в течение дня или ухудшается состояние по вечерам. Персональные депрессии всегда носят на себе отпечаток возрастного криза.

Многие авторы предлагают применительно к подростковому возрасту не пользоваться термином «дистимия» (см. МКБ-10), а говорить о «депрессивной реакции» или «реактивной депрессии».

Психогенные депрессии у подростков всегда начинаются с симптомов страха, тревожного ожидания и нарастания аффективного напряжения. На этом фоне быстро кристаллизуется доминирующее переживание, которое очень часто становится сверхценным (переживание начинает занимать в сознании незаконно прочное место), то есть определяющим направление мыслей и поступков. Это обусловливает стойкое отрицательное отношение к лицу-«стрессору» и к себе (самоуничижительные переживания). Чем патологичнее этот комплекс сверхценностей, тем хуже прогноз в плане последующего формирования личностной аномальности по типу приобретенных психопатий. Значительное своеобразие вносит характер психического развития (инфантилизм, задержки психического и психосексуального развития, дисгармоническое и дефицитарное развитие).

По преимущественным особенностям клинического оформления реактивных депрессий в подростковом возрасте выделяют клинические варианты: астеническая, тревожная, дисфорическая, истерическая, ипохондрическая депрессия. Нередко в структуру депрессии включаются и другие психопатологические компоненты, образуя сложные депрессивные симптомокомплексы (например, депрессивно-параноидные, депрессивно-субступорозные и пр.), которые обычно определяют психотический уровень состояния. Наиболее очерченные реактивные депрессии у подростков описаны судебными психиатрами (Дмитриева Т.Б., 1980; Морозова Н.Б., 1980, 1985; Наталевич Э.С., Посохова В.И., Харитонова Н.К., 1982; Гурьева В.А, 1996; Макушкин Е.В., Чибисова И.А., Ошевский Д.С., 2006).

Остановимся на характеристике психогенной дисфорической депрессии, которая наиболее характерна для подросткового возраста и развивается при наличии патологической органической почвы или у личностей эпилептоидного круга. И в тех, и в других случаях у одних и тех же подростков отмечается склонность как к психогенным дисфорическим депрессиям, так и спонтанным, беспричинным, возникающим в виде очерченных приступов (фаз). Особенности почвы определяют характерность для этих расстройств тенденции к накоплению отрицательного аффекта и аффективным вспышкам. В структуре дисфорических депрессий угнетенное, подавленное настроение сочетается с аффектом страха, тревоги, напряжения, злобы и сопряжено с повышенной агрессивностью. Аффективные агрессивные вспышки на фоне дисфорической депрессии могут отличаться брутальностью, массивностью и импульсивностью. Перенесенные дисфорические депрессии обычно сопровождаются утяжелением личностных расстройств и усилением склонности к психогенным ухудшениям состояния.

Психогенная истерическая депрессия у подростков встречается нечасто и обычно у лиц с психопатическими особенностями или психопатоподобными органическими расстройствами истерического круга. Истерическая депрессия отличается выразительностью, гротескностью, драматизмом депрессивной симптоматики и большой готовностью к ее предъявлению. Больные плачут, надрывно рыдают, заламывают руки, падают в «тоскливом припадке», бьются головой об пол, просят о помощи. Выраженность тоскливого аффекта тесно связана не только с драматизмом ситуации, но и с наличием «зрителей». Оставшись один, больной ведет себя значительно спокойнее. На фоне изменчивой подавленности нередко возникают гневливость, ажитированность. На начальных этапах в картине истерической депрессии могут на короткое время включаться элементы пуэрильности, псевдодеменции, бредоподобных фантазий. При этом депрессия может достигать психотического уровня и сопровождаться истерическим сужением сознания или переходить в картины истерического ступора (заторможенность, обездвиженность, застывшая мимика, нарушение контактов). Эта симптоматика, однако, чаще всего бывает кратковременной.

Специфическими для детского и подросткового возраста являются также и состояния, которые развиваются по механизму *«психогенного индуцирования»*. Буквально — это повторение того психического заболевания, которое имеет место у близкого человека, но оно отличается от склонности детей и подростков к сознательной имитации, копированию поведения нравящихся им людей, что связано с детской внушаемостью и подражательностью. В случаях с «индуцированием» речь идет о сходных, но не идентичных механизмах. Об этом будет сказано ниже.

Сложность патогенеза реактивных состояний определила интерес ученых к его изучению. Наиболее последовательно проводятся биохимические исследования, особенно после работ Г. Селье, обнаружившего роль адреналинового обмена при возникновении стресса и особенно при дистрессе. Весьма показательными стали и исследования таких реактивных состояний, в клинической картине которых ведущее положение занимали аффективные расстройства (депрессии). Биохимических исследований психогенных депрессий у подростков до настоящего времени явно недостаточно. Исключение составляют работы, проводившиеся в ГНЦССП им. В.П. Сербского (Дмитриева Т.Б., 1980, 1981).

Эти исследования показали, что для подростков с психогенной депрессией характерны нарушения обмена дофамина, выражающиеся в усилении процессов их распада в крови. В моче у таких больных на фоне различных отклонений в экскреции адреналина, дофамина и ДОФА отмечен низкий уровень норадреналина, что связано с замедлением его синтеза из-за недостаточной активности процессов бета-гидроксилирования. Выявлено также значительное усиление синтеза адреналина. Разница в экскреции катехоламинов при тревожной и астенической депрессиях расценена как свидетельство активации симпатоадреналовой системы при тревожном варианте и снижения ее резервных возможностей при «вялом» варианте астенодепрессивного состояния.

Интересные данные получены в отношении «соматизированных» депрессий у подростков. Несмотря на «скрытый» характер депрессии, обнаружены те же нарушения катехоламинов, что и у больных с «явными» депрессиями. Автор (Дмитриева Т.Б., 1981) предполагает, что общие для всех вариантов психогенной депрессии нарушения обмена катехоламинов играют патогенетическую роль в возникновении психогенной реакции в условиях эмоционального стресса.

### *4.6.5. Индуцированные состояния*

Среди разнообразных психогенных расстройств особое место в детском и подростковом возрасте занимают индуцированные состояния. Само понятие «индуцированного помешательства» появилось в общей психиатрии в конце XIX века, но долгое время не включало возрастной дифференцировки клинических проявлений. Именно как бредовое индуцирование обозначен этот феномен и в последней Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Под «индуцированным бредовым расстройством» в настоящее время понимается состояние, возникающее у двух или более больных и отличающееся одинаковой психопатологической структурой и содержанием. Оно возникает последовательно сначала у одного из них, это доминантное лицо — индуктор, а затем у другого — это реципиент (Снежневский А.В., 1983; Рыбальский М.И., 1993). Отечественными исследователями «индуцированного помешательства», «психического наведения», «психической контагиозности» (Кандинский В.Х., 1876; Сербский В.П., 1906; Бехтерев В.М., 1908; Геника Е.А., 1912; Осипов В.П., 1923; Бруханский Н.П., 1928; Гиляровский В.А., 1935; Погибко Н.И., 1948–1970 и др.) отмечалось, что эти состояния особенно легко возникают в периоды глобальных исторических преобразований, социальных потрясений и экономических кризисов. Эта закономерность проявилась и в начале 90-х годов XX века, когда наблюдалось увеличение числа таких судебно-психиатрических экспертиз.

Изучение этого феномена показало, что психическому индуцированию подвержены как дети, так и подростки, причем в большей мере, чем взрослые. Недостаточная зрелость высших психических функций у несовершеннолетних, парциальная незрелость их психики (психический инфантилизм, формирующиеся личностные девиации), часто наблюдающаяся интеллектуальная дефицитарность различного генеза, а также такие свойства личности, как повышенная и избирательная внушаемость, подражательность, упорный поиск кумиров с их сверхценным обожествлением и аффективная ригидность — все это является теми факторами, которые предрасполагают к психическому индуцированию. Подростки с такими психическими нарушениями легко воспринимают, не анализируя усваивают, отождествляют себя с индуктором и достаточно длительный период некритично разделяют чужие патологические идеи или бред.

Проведенный клинико-динамический и социально-психологический анализ (Сафуанов Ф.С., Макушкин Е.В., 1995) индуцированного бреда позволил выдвинуть гипотезу, что основу механизмов индуцированного бредообразования составляет процесс неосознаваемой (патологической) идентификации реципиента с носителем болезненных идей. Поэтому **феномен психической индукции**был определен как бессознательное косвенное психическое воздействие индуктора (чаще всего душевнобольного субъекта) на психику лиц, находящихся с ним в тесном непосредственном или периодическом межличностном взаимодействии(Макушкин Е.В.,1995).

На начальных этапах формирования индуцированные бредовые расстройства не являются «собственной» психической продукцией реципиентов и поэтому в своем формировании не проходят стадии, присущие бредообразованию у доминантных лиц. По сути, они лишь отображают заимствованную психопатологическую фабулу, основное содержание бредового сюжета индуктора.

В детском и подростковом возрасте понятие «индуцирование» охватывает более широкий круг явлений, чем у взрослых. В частности, бредовые формы также имеют место, но встречаются намного реже. Индуцированные расстройства у подростков (реципиентов), если индуктор — бредовой больной, по полиморфности клинической картины, яркости, красочности, насыщенности фантастическими зрительными галлюцинаторными и иллюзорными образами могут даже превосходить «оригинал», психопатологическую продукцию индуктора и по интенсивности переживаний достигать психотического уровня.

Значительно чаще в детском и подростковом возрасте индуцирование носит непсихотический характер и отражает личностный уровень расстройств (невротические и реактивные состояния, сверхценные идеи, аффективные нарушения и пр.). Так, наблюдается психогенное индуцирование в рамках состояний, обусловленных хроническим травматизированием. При этом индуктором чаще всего становится лицо, особенно значимое для ребенка (например, мать); индуктора и реципиента объединяют не только тесный контакт и привязанность, но и общая травмирующая ситуация, когда направление и содержание переживаний совпадают. Степень идентификации болезненной симптоматики на высоте состояния может быть очень высокой. Например, психогенные параноидные переживания у матери, ставшие сверхценными для ребенка, могут вызывать у последнего не только соответствующие высказывания и переживания, но и бредовое поведение (он ищет защиты, прячется, придумывает способы избавления от мнимой угрозы, обращается в милицию и пр.).

Индуцирование у несовершеннолетних может быть и непсихогенным. Детским психиатрам хорошо известно индуцирование детей душевнобольными родителями. В этих случаях наиболее часто отсутствует внутренняя переработка болезненных переживаний, которые просто как бы отпечатываются и бездумно воспроизводятся. Прицельный расспрос часто выявляет у ребенка непонимание того, что с ним происходит.

Наконец, известен и третий вид «копирования», характерного для рассматриваемого возраста, отнесение которого к собственно индуцированию пока спорно. Здесь копируются либо невротические симптомы (тики, заикание, обкусывание ногтей и пр.), либо неболезненные явления (почерк, интонации голоса, манера говорить, выразительное гримасничанье и пр.). И в тех, и в других случаях отсутствуют психогенное начало, пониженное настроение, тревога. Перенимается все то, что ярко запечатлелось и является следствием эмоционально заряженного побуждения. Однако и здесь могут преобладать элементы неполной осознанности и бездумности.

Несколько особняком стоят психические нарушения, возникающие под влиянием «веры» и активной суггестии, целенаправленных медитативных «психотехник», отличающихся деструктурирующим воздействием на психику и порой сознательно применяемых авторитарными личностями в некоторых религиозных сектах. Эти лица могут быть психически больными, но этот признак необязателен. В зависимости от этого характер «наведенной» симптоматики будет разным (вплоть до психотического). Это более сложные состояния, которые условно можно было бы обозначить как активное индуцирование, в отличие от традиционного — пассивного.

Высказывания и поступки коделирантов (индуктор и индуцированные лица) в последние годы обусловливались аффективно окрашенными, преимущественно галлюцинаторно-параноидными переживаниями биоэнергетического воздействия и преследования, психическими автоматизмами с идеями психотропного или астрального влияния. Привнесенные фантастические, ирреальные понятия, такие как «зомби», «гуманоиды», переплетаются с примитивными средневековыми представлениями о сатане, ведьмах, демонах и легко включаются в фабулу индуцированного бреда. Как видно, содержание психопатологических феноменов в структуре психогенных расстройств нередко отражает и актуальные социокультуральные особенности современного общества.

Причиной направления на судебно-психиатрическую экспертизу пациентов с индуцированными расстройствами нередко является совершение коделирантами особо тяжких общественно опасных действий, направленных против личности. Практика экспертизы показывает, что индуцированные несовершеннолетние принимают участие в ритуальных убийствах, жертвоприношениях, мистико-религиозных обрядах экзорцизмов.

Диагностика индуцированного состояния у несовершеннолетних должна основываться на выявлении в их ближайшем окружении лица со сходными болезненными проявлениями (нередко это родственник с хроническим психическим заболеванием, психопатией или с невротической симптоматикой) и на обнаружении психогенной ситуации. Очень важно выявить, имеется ли у ребенка типичная этапность в формировании болезни. Основное диагностическое значение имеет изоляция ребенка от предполагаемого индуктора. Дезактуализация патологических проявлений (бред, сверхценные образования, тики и пр.) происходит у реципиента значительно быстрее, чем у индуктора. Позже всего восстанавливается критика.

В случаях судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних индуцированных лиц целесообразным представляется использовать следующую *модель пошаговой оценки состояния*, разработанную нами на экспертном клиническом материале, объединившем несовершеннолетних и совершеннолетних лиц (Макушкин Е.В., 1995, 1996). При этом *начальный этап* отождествления подростка с индуктором может рассматриваться как вариант относительной нормы или проявления отдельных возрастных реакций («подражания», имитации, группирования, эмансипации и пр.). Последние, как правило, свидетельствуют о дисгармоническом течении третьего возрастного криза, формировании личностной патологии либо появлении психопатоподобных нарушений при соответствующей нозологической почве. *Второй этап* подразумевает частичное усвоение сверхценных патологических, нередко бредовых, идей индуктора. Зависимое, индуцированное лицо в результате разделения болезненных переживаний не в полной мере осознает значение и характер своих поступков, частично усваивается и патологическая мотивация доминирующего лица — индуктора бреда. В этих случаях, при актуализации болезненных переживаний в уголовно-значимый период, обоснованным становится применение юридической формулы ст. 22 УК РФ («ограниченная вменяемость»). *Третий этап* характеризуется болезненной трактовкой окружающего, подросток (в период совершения ООД, а иногда и вне его) воспринимает происходящие события через чужую, полностью заимствованную от индуктора патологическую фабулу его болезненных переживаний. Уровень расстройств — сверхценностный, патологический, нередко иллюзорно-галлюцинаторный и бредовый. Нарушены критика, дезорганизована психическая деятельность, искажены восприятие и мотивы поведения, утрачена способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий. Те случаи, при которых коделиранты под воздействием галлюцинаторно-параноидных переживаний видели, изгоняли и убивали ведьм, злых духов, снимали порчу, расчленяли «киборга», всегда сопровождались рекомендациями психиатров/судебно-психиатрических экспертов о необходимости применения судом правовой формулы «невменяемость» (ст. 21 УК РФ).

### *4.6.6. Психогенные поведенческие реакции*

Девиации поведения практически всегда сопровождают психогенные расстройства у детей и подростков. Однако в части случаев поведенческие нарушения становятся не только облигатными, ведущими в клинической картине психогенных расстройств, но оказываются их единственным выражением, их «маской».

Такие психогенные поведенческие реакции могут занимать самое краевое положение между болезнью и психическим здоровьем, но могут скрывать, вуалировать более тяжелые аффективные расстройства.

Понятие поведенческих реакций появилось и утвердилось в детской психиатрии благодаря работам французских психиатров (Heyer G., Dublineau J., 1934; Michaux L., 1950 и др.). При этом одни авторы считали, что преобладание у ребенка таких реакций свидетельствует об изначальной, конституциональной личностной аномальности, другие психиатры полагали, что такие реакции при своем повторении формируют склонность к становлению психопатий. Близость этих реакций к личностным расстройствам определила их название как «реактивно обусловленные изменения характера».

Долгое время поведенческие реакции не вызывали особого интереса, затем появились высказывания о том, что выделенные французскими учеными варианты (реакция оппозиции — протеста, имитации, отказа, гиперкомпенсации) являются их клинической формой. В настоящее время стало очевидно, что указанные варианты отражают механизмы возникновения поведенческих реакций, а клинические формы в каждой из них могут быть разными, но выражающимися конкретными психопатологическими синдромами. При этом патологическими такие реакции можно назвать тогда, когда они сопровождаются снижением адаптации, нарушением приспособления ребенка к окружающей среде (Сухарева Г.Е., 1959; Гиндикин В.Я., 1964; Гурьева В.А., 1970; Ковалев В.В., 1979 и др.).

**Реакции активного протеста** («делать все назло») могут выражаться в различных клинических синдромах. Выделяют два варианта — активные и пассивные реакции протеста.

Активные реакции протеста встречаются у детей (и особенно у подростков) сравнительно часто. К наиболее распространенным относятся эксплозивные реакции с гневными вспышками и агрессивными поступками на фоне кратковременной дисфорической депрессии, во время которых могут совершаться разрушительные действия, направленные против обидчика, телесные повреждения. У детей младшего возраста это часто выражается в выбрасывании или порче вещей обидчика, разрезании и сжигании их.

Наиболее типичная клиническая форма активного протеста выражается патологическим агрессивным поведением. Повторяющиеся реакции протеста обычно наблюдаются при хронической психогенной ситуации в семье, отражая возникновение и фиксацию психогенных личностных нарушений.

Появление в семье мачехи или отчима нередко сопровождается столь бурными длительными и патологическими реакциями протеста, что ребенок буквально заставляет супругов расстаться. При этом в одних случаях, при наличии у ребенка изначальной раздражительности и капризности, реакции на появление мачехи выражаются непрекращающимися агрессивными актами, разрушительными действиями; в других, при преобладании у ребенка истероастенических особенностей (эгоцентризм, собственническое отношение к родителям), — карикатурно патологическими проявлениями (например, частые истерические припадки, демонстративные попытки самоубийства). Так, в одном случае истеричная девочка Ж., 10 лет, после появления мачехи возненавидела ее, кричала, плевала, накидывалась на нее с кулаками, дралась, требовала, чтобы отец ее выгнал. Затем у нее стали возникать бурные истерические припадки, во время которых она изгибалась, билась об пол, стучала ногами и руками, синела, падала «как мертвая». В конечном итоге отец развелся.

Пассивные реакции протеста чаще всего выражаются в частичном мутизме, уходах из дома, нарушениях навыков опрятности (психогенное недержание мочи и кала), суицидальном поведении. Клиническим проявлением пассивных реакций протеста могут являться и невротические реакции с синдромом соматовегетативных расстройств (анорексия, насильственный кашель, рвота, запоры).

Распознать природу таких реакций бывает очень трудно. Помогает правильной диагностике выявление депрессивного аффекта и связи этих расстройств с психогенной травмой. Анорексия, являющаяся психогенной реакцией протеста, чаще исчезает при перемене обстановки, чем анорексия при депрессивной реакции. В первом случае дети с анорексией отличаются такими личностными особенностями, как раздражительность, вспыльчивость, обидчивость; настроение у них обычно хмурое, угрюмое. При депрессивной анорексии дети вялые, подавленные, плаксивые, астеничные.

Одна из основных причин реакций протеста — это нарушение отношений в семье. Без своевременных (ранних) лечебно-педагогических мероприятий реакции протеста постепенно превращаются в устойчивое неправильное поведение и являются основой для формирования психопатического характера.

*Суицидальное поведение* (Stutte H., 1960; Nissen G., 1974) встречается в основном в пре- и пубертатном возрасте. В его основе чаще всего лежит сильно аффективно заряженное сверхценное переживание обиды, острого недовольства окружающими или самим собой, стремление отомстить, наказать лиц, виновных в этих переживаниях.

Чаще всего непосредственным поводом является незаслуженное наказание, унизительное обвинение. Обычно суицидальное поведение у подростков неадекватно вызвавшему его обстоятельству, что отчасти связано с отсутствием четкого понимания того, что такое смерть. Мысли и представления могут реализоваться в суицидальных поступках (прием медикаментов, растворителей, самоповешение, прыжки с большой высоты и пр.). Решение покончить с собой при реакции пассивного протеста заранее не обдумывается (в отличие от депрессивных суицидов) и осуществляется импульсивно по механизму «короткого замыкания». В зависимости от типа личности сама попытка осуществляется в одиночестве (шизоиды) или «напоказ» (истероиды).

Считается, что суицидальное поведение наблюдается чаще в рамках ситуационных реакций протеста. Однако хорошо известны и не так уж редки немотивированные попытки самоубийства у подростков с хроническими психическими заболеваниями.

*Реакции отказа* (от контакта, пищи, жизненных потребностей, обучения и пр.) обычно возникают у детей и подростков при психогенных депрессиях, при «потере перспективы» (реакции фрустрации), при превалировании чувства отчаяния. Нередко такие реакции наблюдаются у детей, помещенных в интернаты, приюты, детские дома.

О склонности к подражанию у детей и подростков уже упоминалось. *Реакции имитации* играют важную роль в формировании личности и социализации. Они могут быть и источником асоциального поведения, а также вредных привычек. Большое значение в формировании поведения подростков имеют реакции имитации, возникающие в больших группах при наличии отрицательного лидера с абсолютным авторитетом. Наиболее драматические последствия при этом бывают в религиозных сектах, подростковых преступных группировках (бандах). При наличии чрезвычайно почитаемого лидера, от которого подросток может оказаться в полной эмоциональной зависимости, обычная патологическая имитация может трансформироваться в индуцированное состояние (см. ниже). Результатом таких состояний могут быть массовые самоубийства, групповая агрессия, самосожжение. При склонности к невротическим реакциям ребенок легко перенимает заикание, половые перверзии и пр.

*Реакции гиперкомпенсации* (Adler A., 1912) проявляются в чрезмерном усилении тех форм поведения, которые могут скрыть слабые стороны личности от переживаний собственной неполноценности. Особенно отчетливо это проявляется при наличии у ребенка каких-либо физических дефектов. Подросток старается казаться самоуверенным, очень значительным, решительным, умеющим руководить. Внешняя показная бравада, самооговоры, вымышленные биографии направлены на завоевание авторитета (мальчик сообщает, что его отец — «военный герой», «знаменитый разведчик», что он «главарь банды» и пр.). Возникновению таких реакций способствуют также длительное пребывание в условиях социальной или эмоциональной депривации, хронические соматические заболевания. Психогенные поведенческие реакции нередко обусловливают «школьную дезадаптацию», в структуре которой наблюдаются как снижения успеваемости, дисциплины, так и девиации отношений с окружающими.

### *4.6.7. Психогенное развитие личности*

Указанные расстройства возникают в ответ на хроническое психотравмирование и в динамике своего становления имеют повторные реактивные состояния. Их описывают также как постреактивные развития личности (Фелинская Н.И., 1969, 1985).

В отличие от взрослых, у подростков реактивные состояния очень редко бывают психотическими и затяжными и часто отличаются клинической неочерченностью. Массивное пролонгированное травматизирование, лежащее в основе психогенных развитий личности у подростков, как правило, связано с семейной травмирующей обстановкой.

В настоящее время проблема жестокости и насилия в детстве в связи с ее большой социальной значимостью во всем мире признана одной из наиболее приоритетных, что закреплено в Международной конвенции о правах ребенка (1990).

Первым вопросом, связанным с оценкой социально-медицинских последствий жестокого обращения с детьми, является определение основных понятий, используемых в исследованиях проблемы насилия в отношении детей. Наиболее часто используются следующие термины: пренебрежение (neglect) или плохое обращение (maltreatment), жестокое физическое наказание, физическое насилие, издевательство (physical abuse, victimization), сексуальное злоупотребление (sexual abuse). Поведение родителей представляет собой серьезные упущения в обеспечении витальных (жизненно необходимых) потребностей ребенка в пище, одежде, приюте, медицинском обслуживании и защите от «опасных условий» (Widom C.S., 1989). Наиболее близким к данному определению является термин «социальное сиротство» — лишение детей родительского попечения при живых родителях.

Хроническое психотравмирование отражено в следующих понятиях. Так, «физически жестокое обращение» определяется как «преднамеренное или осознанное применение жестоких телесных наказаний или причинение ребенку неоправданных физических страданий, например, нанесение ударов кулаком, ногой, колющих ударов, прижиганий» (Widom C.S., 1989). Под сексуальным злоупотреблением понимается использование ребенка для целей сексуального удовлетворения взрослого человека или лица, значительно старше, чем сама жертва. Данное деяние может совершаться в различных видах: развратные действия, половые сношения или попытки таковых, изнасилование, кровосмешение (инцест), демонстрация порнографии, проституция малолетних. Также под сексуальным злоупотреблением понимается «вовлечение функционально незрелых детей и подростков в сексуальные действия, которые они совершают, полностью их не понимая, на которые они не способны дать согласие или которые нарушают табу социальных (семейных) ролей (Benhamou Н., 1993).

При анализе насилия по отношению к детям важным вопросом является оценка степени серьезности жестокого обращения и характера ближайших и отдаленных социально-медицинских последствий. С выраженностью последних связывают такие факторы, как частота и продолжительность актов жестокости, их массивность, наличие у ребенка различных форм эмоциональной поддержки; возраст ребенка; особенности преморбидной личности и биологической «почвы», на которые падает насилие.

Существует корреляция между жестокостью наказаний, применяемых к ребенку, и мерами воздействия, которые использовались в семье родителей. Массовые исследования подтверждают связь между наказаниями и выраженностью агрессивности ребенка, частотой встречаемости у него случаев делинквентности, а также жестоким характером преступлений у тех лиц, которыми в детстве пренебрегали или с которыми обращались жестоко.

К числу признаков, определяющих превращение феномена жестокого обращения в психогенный фактор, следует отнести массивность, длительность и повторность воздействия, а также значимость его для личности. Травмирующий эффект жестокости связан с наличием и характером психических расстройств у родителей или лиц, воспитывающих ребенка. Наиболее часто среди них встречаются эксплозивно-эпилептоидные и экспансивно-паранойяльные личности с алкоголизмом, токсико- и наркоманиями и криминальным анамнезом. В возникновении и особенно упрочении психогенных расстройств у детей значительную роль играют механизмы психогенного индуцирования, если в числе страдающих от жестокости оказывается не только ребенок, но и близкий ему взрослый, к которому имеется симбиотическая привязанность.

Выделяются следующие основные типы травматизирования. Для первого типа характерно преобладание таких показателей, как сверхсильность, чрезмерная интенсивность (например, тяжелое зрелище, сопряженное с сильным испугом, смерть матери или убийство на глазах ребенка и пр.), повторность психогенных травм. Особенно патогенным является сочетание сверхсильных повторных травм с хронически тяжелой ситуацией в семье, угрозы, запугивания, систематические, сопровождающиеся избиениями, тяжелыми травмами, издевательствами, унижениями. Данный характер психотравматизирования лежит в основе психогенных развитий личности, начинающихся с повторных, очерченных психогенных реакций, в клинической картине которых исключительное место занимают аффективные расстройства. В детском периоде преобладают острые шоковые реакции в виде состояний «онемения» с растерянностью и заторможенностью, заканчивающиеся непродолжительной (до нескольких дней) астенической или адинамической депрессией. Последующие психогенные реакции оформляются как тревожные и фобические депрессии невротического уровня. Клиническая невыразительность депрессивных проявлений не соответствует действительной тяжести расстройств, что обнаруживается при расспросах подростка, раскрывающих не только обилие психогенных переживаний, но и их глубину, витальность. Этому же способствуют данные психологического обследования, выявляющие дезорганизацию психики и многообразие аффективных расстройств депрессивного ряда с преобладанием тяжелого зафиксированного страха, охваченностью комплексными переживаниями ситуационного характера.

Формирование психогенных развитий личности проходит определенные этапы, первый из которых характеризуется аффективными расстройствами. На втором этапе хроническое аффективное напряжение, сосредоточенность на ситуационных переживаниях с неотвязным чувством изгойности приводят к астенизации (депрессии истощения, по П. Киельхгольцу), появлению ситуационных фантазий и формированию стойких психогенных комплексов со сверхценным отношением к себе, ситуации, окружающим. Депрессивные расстройства приобретают все более личностную окраску. При этом преобладают дисфорический, астеноадинамический, тревожно-фобический, деперсонализационный типы. Клинически все эти расстройства остаются на невротическом уровне или имеют ларвированный характер.

При этом до 10-летнего возраста обычно фиксируются малодифференцированные черты тормозимости и возбудимости, до 14 лет — черты тормозимости, реактивной лабильности и эксплозивности; у старших подростков (до 18 лет и старше) формируются отчетливые и разнообразные структуры патологических личностей по сензитивно-шизоидному и эпилептоидному типам. В целом установлено, что пролонгированные психогенные травмы, лежащие в основе психогенных развитий, не только вызывают, но и модулируют, совместно с другими факторами, типы личностной аномальности. Наличие стойких психогенных комплексов при усилении психотравматизирования способствуют возникновению сензитивных идей отношения, охваченности травмирующими переживаниями вплоть до идей овладения. С этим нередко связаны агрессивные поступки по отношению к главному виновнику страдания, которые чаще оформляются в виде острых аффективных реакций, но могут проявляться и как депрессивный раптус. Между выраженностью психогенных расстройств и нарушениями поведения, связанными с педагогической запущенностью, отмечается обратная зависимость: чем более патологическим является комплекс психогенных расстройств, тем менее заметны признаки асоциальной личностной деформации и делинквентности. Показателем начала психогенного развития у подростков следует считать присоединение к психогенной симптоматике личностных изменений.

Второй тип психотравматизирования отличается отсутствием сверхсильных, чрезмерно интенсивных, острых психотравм и ограничивается тяжелой семейной ситуацией с преобладанием механизмов индуцирования, подражания и усвоения «дурных примеров», культивирующих асоциальный модус поведения. В таких асоциальных и дезорганизованных семьях с криминологической отягощенностью наблюдается привычное разрешение конфликтов через драки, частое применение физических наказаний, другие неправильные формы воспитания. Начальный этап становления аномальных личностных свойств выражается в повторных характерологических и поведенческих реакциях протеста, отказа, которые имеют тенденцию к повторению и закреплению. При этом в складе характера формируются такие особенности, как ранимость, отгороженность и неприязнь к лицам, имеющим отношение к психотравмирующей ситуации; раздражительность и взрывчатость; ситуационно обусловленные колебания настроения.

На втором этапе формирования наблюдается генерализация средовой психической дезадаптации с проявлениями патологического модуса личностного реагирования не только в семейной ситуации, но и в школе, ближайшем микроокружении. Одновременно наблюдаются гротескно усиленные признаки пубертатного криза и полиморфные поведенческие расстройства делинквентного характера (уходы из дома, кражи, ранняя алкоголизация, агрессивное поведение). По окончании пубертатного периода в условиях стойкой средовой психической дезадаптации с микросоциальной запущенностью закрепляются приобретенные свойства личности с патохарактерологическими радикалами неустойчивости, истеричности и возбудимости. Отмеченный тип психотравматизации преимущественно проявляется при патохарактерологических развитиях личности, сочетается с неустойчивой асоциальной личностной деформацией, полиморфными делинквентными нарушениями поведения и наблюдается главным образом в группе воспитанников специальных коррекционных школ для детей с девиантным поведением.

При третьем типе психотравматизирования в формировании психических нарушений ведущее значение имеют условия семейной, преимущественно «материнской депривации» с эмоциональной безучастностью к детям и выраженной гипоопекой, включающей неудовлетворение их витальных потребностей. В таких семьях, как правило, царят беспробудное пьянство и наркотизация социально деградированных родителей. Детьми не занимаются, к ним не проявляют ни интереса, ни сострадания; от них легко отказываются, выгоняют из дома, лишают жилплощади. В связи с частотой лишения таких родителей родительских прав дети рано становятся социальными сиротами, и чем раньше они попадают в детские дома, приюты и интернаты, тем скорее к семейной запущенности присоединяется госпитализм, соединяющий в себе психогению и депривацию.

Психореактивные состояния у подростков-правонарушителей чаще всего приходится наблюдать в судебно-психиатрической клинике, в которой они обозначаются как временные болезненные расстройства психической деятельности. **Экспертная оценка** психогенных расстройств зависит не только от их тяжести, психотического или непсихотического характера, но, что очень важно, от того, относятся ли они к моменту совершения ООД или возникают после правонарушения, в ответ на привлечение к уголовной ответственности.

В первом случае приходится решать вопрос о вменяемости или ограниченной вменяемости, то есть оценивать тяжесть психогенных расстройств в момент ООД. Во втором (реактивные состояния, возникающие после правонарушения) речь идет о возможности несовершеннолетнего по психическому состоянию участвовать в следственном и судебном процессах.

Особенностью таких реактивных состояний в подростковом возрасте является, как мы уже отмечали, их непсихотический характер, что затрудняет решение указанных экспертных вопросов.

В случае затяжного течения реактивных состояний, возникающих после ООД, окончательное судебно-психиатрическое заключение откладывается на 1 месяц и более, а при продолжающемся психогенном расстройстве несовершеннолетний может быть направлен на принудительное лечение до выхода из болезненного состояния. При этом, если решение вопроса о вменяемости не вызывает затруднений, то этот вопрос решается и несовершеннолетний направляется на принудительное лечение. После выхода из реактивного состояния и прекращения принудительного лечения несовершеннолетний может быть возвращен для продолжения следствия. Если же психогенные расстройства затрудняют решение вопроса о вменяемости, несовершеннолетний направляется на принудительное лечение без решения вопроса о вменяемости, а после выхода из реактивного состояния он возвращается в экспертное учреждение для окончательного судебно-психиатрического заключения.

В отношении острых аффективных реакций и психогенных развитий личности, учитывая важность и сложность таких экспертиз, мы приводим образцы судебно-психиатрических заключений в приложении.

## 4.7. Эпилепсия

Болезнь известна с древних времен (название дано Авиценной), однако ее возрастные особенности подросткового периода до настоящего времени остаются малоизученными. В монографиях и других публикациях, якобы затрагивающих подростковый возраст, как правило, речь идет все же о детской эпилепсии (Фундылер Р.И., 1967; Мурадян Г.Т., 1976). Однако наиболее часто болеют эпилепсией дети и подростки до 15 лет. Около 2% детей до 2 лет и около 5% 8-летних имеют по крайней мере один эпилептический припадок (Гусев Е.И., Бурд Г.С., 1994). По А.С. Петрухину и соавт. (1998), распространенность в детском и подростковом возрастах составляет 0,5–0,8%, однако однократные эпилептические или эпилептиформные приступы встречаются в 10 раз чаще. Необходимо учитывать, что частота эпилепсии неуклонно увеличивается, преимущественно не за счет генуинных (то есть обусловленных наследственными факторами), а симптоматических форм.

В рамках преморбидных особенностей больных эпилепсией описываются такие характерологические свойства, как общительность, впечатлительность, повышенная чувствительность к внешним агентам, непароксизмальные и пароксизмальные расстройства сна (в числе последних сноговорения, снохождения, ночные страхи и крики), вздрагивания при засыпании и во сне, головные боли, ночной энурез, в анамнезе эпилептические реакции и отставание в учебе.

Появлению больших эпилептических припадков предшествует длительный период латентного или сублатентного развития процесса — формирование и развитие эпилептогенного очага, его пароксизмально-контагиозных начал (с вовлечением в процесс первично неповрежденных структур), эпилептогенная сенсибилизация мозга, появление фрагментов эпилептического дефекта и т. п. Большой эпилептический припадок нередко представляет собой проявление течения эпилептического процесса, завершение определенного, часто длительного (до нескольких лет) этапа, стадии его развития (Воронков Г.Л., 1989).

В качестве начальных бессудорожных форм описываются пароксизмальыне расстройства сна, приступы потери сознания с нарушением статики, абсансы, головные боли, висцеровегетативные и психосенсорные пароксизмы, парестезии, головокружения, аффективные и речевые пароксизмы, амавроз, стереотипные насильственные воспоминания и др. (Болдырев А.И., 1984).

В подавляющем большинстве случаев эпилепсия у подростков является продолжением детской эпилепсии. Что же касается случаев заболевания, действительно начинающихся в подростковом возрасте, то они встречаются редко. На возраст примерно 15–16 лет приходится один из первых трех возрастных кризов, в которых учащается выявление эпилепсии. В этом варианте более значимым является влияние генетических, а не экзогенно-органических факторов (полигенный тип наследования с генетической и нейрофункциональной гетерогенностью).

Классическое описание большого эпилептического припадка включает следующую последовательность соответствующих фаз: отдаленные предвестники (продромы) — ближайшие предвестники (аура: сенсорная, парестезии, сенсорного синтеза, двигательная, вегетативная, психическая) — потеря сознания — падение — судороги тонические (0,5 мин) — судороги клонические (3–5 мин) — кома, переходящая в глубокий сон. Характерна полная амнезия припадка при сохранении воспоминаний об отдаленных предвестниках и ауре.

В том случае, если припадки не прекращаются, возникает *эпилептический статус*, который выражается многочисленными судорожными припадками, иногда следующими друг за другом настолько часто, что больной не успевает прийти в сознание. Количество припадков может доходить до нескольких десятков и даже сотен в сутки. Больной находится в коматозном состоянии. При этом нередко значительно повышается температура, что свидетельствует о плохом прогнозе. Больной покрывается потом, пульс учащается, артериальное давление падает. В крови увеличивается мочевина, в моче появляется белок. Возможен смертельный исход вследствие отека легких, мозга, сердечной слабости. Эпилептический статус может быть дебютом эпилептической болезни. Спровоцировать его появление у больного, получающего лечение, может резкий обрыв приема антисудорожных средств.

Существует около 40 разновидностей эпилепсии, клиническая картина которой может быть весьма полиморфной. Поэтому важнейшим диагностическим признаком эпилепсии принято считать повторяемость приступов, особенно в тех случаях, когда имеют место: 1) очаговые неврологические симптомы (признак симптоматической эпилепсии или давнего эпилептического процесса); 2) наличие эпилептоидного преморбида или же присоединение аналогичных личностных изменений в процессе болезни; 3) снижение памяти и интеллекта; 4) своеобразные психические и психотические расстройства; 5) эпилепсия или эпилептоидные изменения у родственников; 6) четкие эпилептические паттерны на ЭЭГ или расстройства, выявляемые при ядерно-магнитно-резонансной томографии головного мозга. Последнее тем более важно, что ЭЭГ-обследования, на диагностическое значение которых мы так рассчитывали в последние годы, остается «немым» в 30–40% случаев (Жирмунская Е.А., 1996; Грачев В., 1999) явной эпилепсии, особенно алкогольной. С другой стороны, прием психотропных средств в некоторых случаях вызывает такую дезорганизацию ЭЭГ, которая ставит в тупик даже опытного электрофизиолога.

При диагностировании эпилепсии необходимо учитывать как возможность бессудорожных и укороченных (пти маль, абсансы) или видоизмененных эпилептических припадков (джексоновская, кожевниковская и другие виды эпилепсий), так и психических эквивалентов эпилептических припадков, к числу которых принято относить дисфории, амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы, пароксизмальный сомнамбулизм, диэнцефальные припадки, эпилептические психозы. Характерной особенностью психических эквивалентов припадков (за исключением психозов) является внезапное начало и конец, кратковременность. К числу атипичных припадков относят ночные страхи, преобладание висцеральных и вегетативных явлений, двигательные расстройства, характеризующиеся сложными автоматизмами, припадки Клооса.

Для подростков-эпилептиков более характерна гиперсоциальная направленность личности, однако связанные с расстройствами влечений агрессивность и отклонения в поведении встречаются все же чаще, чем в популяции. Более того, совершаемые этими больными противоправные действия подчас поражают своей брутальностью и жестокостью. Остановимся на тех расстройствах психики больных эпилепсией подростков, которые особенно важны в судебно-психиатрическом отношении.

В рамках личностных изменений наряду с повышенной возбудимостью, вспыльчивостью и раздражительностью отмечаются нарастающие в процессе болезни личностные изменения по эпилептоидному типу (Minkowska F., 1923): вязкая, липкая, конденсированная аффективность, злобность в сочетании со слащавостью, мстительность, педантичная аккуратность, обстоятельность, мелочность, бережное отношение к себе, утрированная привязанность к семье (не исключающая внезапные переходы от заботливости к беспричинной неприязни), склонность к мистицизму, церемониальности, фанатизму, малая подвижность, консерватизм традиций.

Для мыслительной деятельности характерны замедление темпа мышления, обстоятельность, склонность к излишней детализации, ригидность, затруднения в выборе альтернатив, снижение уровня процессов обобщения и отвлечения, замедление темпа речи, употребление уменьшительных слов и речевых штампов, олигофазия, а при неэффективном лечении и повторяющихся приступах — нарастающее снижение памяти и проявлений выраженного специфического слабоумия — эпилептической деменции.

В рамках психических особенностей больных эпилепсией выделяют также астенические, навязчивые и психастенические состояния, истерические проявления, эйфорию (например, при деменции), двигательную расторможенность, депрессивные состояния. Аффективные расстройства зависят от локализации процесса. При левополушарной локализации эпилептического очага доминируют тревожные, тревожно-фобические депрессивные (субдепрессивные) расстройства, в то время как при правополушарной локализации процесса они представлены тоскливыми депрессиями (субдепрессиями) с двигательной заторможенностью, а также депрессивными состояниями с деперсонализационными нарушениями. При локализации очага в правой височной доле деперсонализационные расстройства имеют более очерченную клиническую картину. Аффективные нарушения проявляются, как правило, яркими аффективными пароксизмами. У части больных аффективные расстройства являются единственным психопатологическим проявлением (Рогачева Т.А., 2005). В этих случаях, казалось бы, показано назначение антидепрессантов, но при этом надо учитывать, что некоторые из них (например, амитриптилин) способствуют появлению классических эпилептических припадков. Наличие в клинической картине таких больных до появления гранд маль отдельных пароксизмальных проявлений типа пти маль, сноговорений, снохождений и т. п. является основанием к диагностированию *скрытой (larvata —* бессимптомной или, что чаще, замаскированной атипичными симптомами) *эпилепсии,* что подтверждается наличием соответствующих ЭЭГ-изменений и другими неврологическими находками при исследованиях с помощью магнитно-ядерного резонанса и др. параклинических исследований.

Особого внимания заслуживают дисфорические эпизоды — более-менее укороченные, но резко выраженные расстройства настроения с тоскливо-злобным оттенком, при которых больной не находит себе места, проявляет крайнюю раздражительность, нетерпимость по отношению к окружающим, склонность к агрессивным разрядам. Дисфории могут быть одним из проявлений *маскированной эпилепсии Фальре —* бессудорожной, с пароксизмальными расстройствами аффектов и влечений и личностными изменениями. Однако в виде укороченных фазовых состояний возможны они и при других заболеваниях: циклотимии, органических поражениях мозга, психопатиях, шизофрении (Ганнушкин П.Б., 1933; Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999).

К числу редко встречающихся (4% от числа больных эпилепсией) относится миоклоническая эпилепсия подросткового и юношеского возраста (*пропульсивная эпилепсия Янца).* Она возникает преимущественно в возрасте 12–18 лет и характеризуется массивными билатеральными миоклониями, первично-генерализованными судорожными припадками, абсансами. В ее происхождении основное значение придается генетическому фактору. По В.А. Карлову (1990), миоклонии в этом случае характеризуются билатерально-синхронными проявлениями, максимально или исключительно выраженными в плечевом поясе и руках. Руки молниеносно сгибаются, пальцы расходятся. Если в припадок вовлекаются ноги, то они также обычно сгибаются, и больной падает на колени или даже на землю. Сочетание всех видов припадков отнюдь не обязательно. С возрастом миоклонические пароксизмы, как правило, исчезают, но остаются генерализованные судорожные припадки. Однако даже в случаях прекращения припадков часто сохраняются астенические и эмоциональные нарушения.

При эпилептических автоматизмах речь идет о состояниях, в которых действия человека лишены контроля сознания (например, если больной не засыпает после припадка, при медленном выходе из состояния спутанного сознания). По В. Пенфилду и Т. Эриксону (1949), если разряд произошел в тех системах мозга, которые могут быть названы высшим уровнем интеграции, то человек может действовать автоматически и быть полностью безответственным, хотя физическая координация представляется нормальной. Действуя автоматически, больной в таком состоянии может нанести крайне тяжелые повреждения окружающим. Речевой контакт с ним в это время невозможен. При таком состоянии сознание возвращается к больному постепенно. Сначала он замечает себя, потом окружающее, и лишь затем возвращаются память, ориентировка и критическое осмысление происшедшего.

При более глубоких сумеречных расстройствах сознания внезапно нарушается ориентировка в месте, времени, собственной личности; окружающая обстановка воспринимается неотчетливо, неполно; отражение ее затруднено и извращено. Больные могут испытывать разнообразные сложные иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи, которые чувственно окрашены, образны и связаны с ними. Контакт с больным невозможен. Нарушения в сферах восприятия и мышления, погруженность в мир своих переживаний вместе с аффективной напряженностью приводят к расстройствам поведения — целенаправленным действиям, нередко антисоциальным, в отношении окружающих. Возможны «ориентированные» сумеречные состояния — без галлюцинаций и бреда, но с резким преобладанием аффективных расстройств — гнева, страха, экстаза. Заканчивается сумеречное помрачение сознания так же внезапно, как и возникает, длительность его варьирует от часов до недель.

А.И. Болдырев (1984) относит дисфорические и сумеречные состояния, наряду с более редко встречающимися онейроидными, сноподобными, экстатическими и параноидными, к числу острых психотических состояний, подчас имеющих важное судебно-психиатрическое значение. Центральное место в клинике хронических эпилептических психозов занимают галлюцинаторные, кататонические с гебефренными элементами, паранойяльные и параноидные синдромы. Хронические психозы протекают в большинстве случаев на фоне ясного сознания, продолжаются от нескольких месяцев до нескольких лет, обычно на отдаленных этапах заболевания (давность свыше 15 лет) и на фоне выраженного полиморфизма припадков. Способствуют их возникновению прекращение или недостаточность противоэпилептической терапии, различные дополнительные экзогенные вредности (ЧМТ, инфекции, интоксикации, психогении), а также резидуальная психотическая симптоматика после перенесенных острых эпилептических психозов, протекавших с расстройством сознания. Средняя длительность этих расстройств при условии лечения нейролептиками в сочетании с антисудорожными средствами — от 3 до 7 лет. Характерны внезапное начало психоза у больного с припадками в анамнезе, пароксизмальность в появлении психотических расстройств, их однообразие у одного и того же больного, конкретность бредовых идей, сопровождающихся аффективным напряжением на протяжении всего периода заболевания. Возможны также паранойяльный и параноидный синдромы, состояния эпилептической кататонии.

У больных с выходом из хронического эпилептического психоза в эпилептическую деменцию кроме припадков могут возникать дисфории и сумеречные состояния сознания. Отмечаются выраженные адаптационные трудности: дементные больные проявляют трудовую, но малопродуктивную гиперактивность, стремятся занять определенное место в коллективе. В связи с отсутствием критики эти стремления могут принимать асоциальный характер.

К числу признаков, свидетельствующих о злокачественности течения эпилепсии у детей и подростков, относят следующие: большие развернутые припадки, их частоту (интервалы между ними — несколько дней или недель), редкость добавочных симптомов в виде эквивалентов, из числа этиологических факторов — преимущественно тяжелые внутриутробные нарушения и тяжелые родовые травмы, менингоэнцефалиты, энцефалиты, раннее начало и длительность заболевания, наличие выраженной органической неврологической симптоматики, значительное снижение интеллекта, частоту неврозо- и психопатоподобных расстройств.

С другой стороны, к числу факторов, способствующих полной терапевтической ремиссии, относят начало заболевания не ранее дошкольного возраста, преобладание относительно редких генерализованных судорожных припадков, отсутствие в анамнезе тяжелых нарушений внутриутробного развития, мозговых инфекций и травм, относительно ранние сроки начала противоэпилептического лечения (не позднее 1–2 лет с момента начала заболевания), его систематичность, соблюдение больным соответствующих диетических и общегигиенических рекомендаций.

При диагностировании особенно большие трудности возникают в случаях *височной (лимбической) эпилепсии*, при которой припадки включают различные галлюцинаторные, вегетативно-висцеральные, психоэмоциональные, мнестические и другие проявления. В этом варианте не менее значимы и непароксизмальные нарушения, среди которых доминируют аффективные расстройства и так называемые периодические состояния, которые включают эпизодические дисфорические и психотические нарушения (Карлов В.А., 1990). Говоря о генезе этих состояний, необходимо подчеркнуть, что группой риска развития височной эпилепсии являются дети с длительными латерализованными фебрильными судорогами.

При диагностике эпилепсии в некоторых случаях возникают серьезные трудности при дифференцировании с истерическими припадками. К числу признаков, важных в диагностическом отношении, относятся более свойственные эпилепсии спонтанное возникновение припадков, наличие ауры, бледность и цианоз во время припадка, отсутствие реакции зрачков на свет, прикусывание языка (но не слизистой щек), арефлексия, появление симптома Бабинского и других пирамидных знаков, после припадка — глубокий сон, общая разбитость, тяжелая головная боль, альбуминурия и лейкоцитоз.

Надо также исключить возникающую психогенно (после сильнейших потрясений) у детей 7–14 лет *истерическую хорею* (болезнь E.J. Bergeron). В этом случае ритмические хореоатетические судороги захватывают мышцы затылка, области плеч и лопаток, но исчезают во время сна.

Своеобразной является клиническая картина и при *синесто-ипохондрическом синдроме на почве гипоталамических поражений* (Березин Ф.Б., 1973): в этом случае регулярно повторяются парестезии, боли и сенестопатии длительностью от нескольких минут до 3–4 ч, сочетающиеся с другими признаками гипоталамического (диэнцефального) поражения.

Большие диагностические трудности составляет нозологическая квалификация *припадков Клооса* — с внезапным перерывом течения мыслей, с чувством пустоты в голове, исчезновением опоры под ногами, ощущением невесомости всего тела или только нижних конечностей, неспособности идти по прямой линии в случае невозможности фиксировать взглядом какой-то находящийся впереди предмет — при полной сохранности сознания и отсутствии амнезии. Эти состояния носят отчетливый пароксизмальный характер и встречаются не только при эпилепсии, но и в начальном периоде шизофрении. Диагностика в этих случаях осуществляется по дополнительным симптомам, свойственным тому или иному заболеванию.

Бытовавший в прежние годы диагноз шизоэпилепсии в настоящее время оставлен. Однако это не исключает редких эпилептических припадков в дебюте шизофрении и более частых при ее длительном течении (в силу нарастания органических изменений мозга).

Судебно-психиатрическая экспертиза в случаях ООД, совершенных подростками, больными эпилепсией, достаточно сложна. В том случае, если эпилептические припадки были только в анамнезе, нет выраженной личностной патологии, резкого снижения памяти и деменции, эпилептических психозов, больные в отношении инкриминируемых им деяний признаются вменяемыми. О несомненной невменяемости речь идет в случаях эпилептических психозов, состояний с расстройствами сознания или длительными и тяжелыми дисфориями, во время которых были совершены ООД, а также при эпилептической деменции. В том случае, если речь идет о тяжелых, выраженных психотических или субпсихотических дисфориях (эквиваленты бессудорожного пароксизма), о частых и тяжелых эпилептических припадках и состояние больного характеризуется наличием выраженных эпилептических личностных изменений, являющихся почвой для появления разнообразных неврозо- и психопатоподобных реакций, речь может идти о признании больного невменяемыми или ограниченно вменяемым (ст. 21, 22 УК РФ).

# **Глава 5. Принципы диагностики в подростковом возрасте**

Отмечая частоту судебно-психиатрического решения о вменяемости по степени психических нарушений, следует учитывать, что в подростково-юношеском возрасте расстройства психики отличаются динамичностью, тесной корреляцией с психоэндокринным сдвигом в период созревания. Это касается более всего негативной фазы пубертатного криза, во время которой легко возникает дезорганизация психической деятельности, резко увеличивается риск появления психических расстройств и криминального поведения. При судебно-психиатрическом освидетельствовании несовершеннолетних приходится проявлять большую осторожность в установлении психиатрического диагноза, особенно если до экспертизы подросток под наблюдением психиатра не состоял. Трудности диагностики в этом возрасте, большой риск принять за хроническое заболевание временную возрастную или ситуационную дезорганизацию психики заставляют искать самые убедительные доказательства психической патологии.

## 5.1. Комментарии к использованию МКБ-10 применительно к несовершеннолетним

Как отмечается в предисловии к русскому изданию, Международная психиатрическая систематика 10-го пересмотра (МКБ-10), оставаясь атеоретичной, претерпела значительные изменения по сравнению с МКБ-9 — это введение новых рубрик, сужение границ шизофрении, отказ от дихотомического деления на психозы и неврозы, резкое расширение числа кодов, увеличившее ее стройность. Распределение расстройств по группам проведено на основании не только сходства клинической картины, но и их родственности, в частности, по происхождению. Весьма положительно введение четких диагностических критериев, «включения» в рубрику и «исключения» из нее тех или иных психопатологических синдромов и состояний.

Важное значение имеют также введение «продромальных состояний» в рубрике «Продромальность симптоматики, требуемой для диагностики шизофрении» (F20), и указание на их нозологическую неспецифичность.

Основная часть представлена в виде синдромальных рубрик, причем предпочтительными для МКБ-10 считаются термины «расстройства» или «изменения», а не синдромы. Диагностические рубрики касаются и настоящего состояния, и динамики болезни.

МКБ-10 предназначена, прежде всего, для статистических целей.

Наряду с положительными характеристиками МКБ-10 следует отметить и те ее стороны, которые затрудняют практическое использование. В первую очередь это касается части, относящейся к систематике подростковой психопатологии. Прежде всего, здесь отсутствует разграничение систематик по детской и подростковой психиатрии, что делает МКБ не только не опережающей практику, но и малосовременной. Именно поэтому пубертатные расстройства оказались представленными совершенно недостаточно, особенно в части возрастных психопатологических расстройств. Отсутствуют, например, обобщающие рубрики сверхценных расстройств и большинства их вариантов, например, «идей иных родителей» (см. соответствующие разделы), патологических фантазий.

В психиатрическом разделе F-V нет рубрики о психопатологии анормально протекающего пубертатного криза, а нарушения психологического развития представлены неполно. Очень важный раздел психического дизонтогенеза раскрыт частично и представлен разрозненно. Так, к числу спорных положений можно отнести включение в понятие острых и транзиторных психотических расстройств таких нарушений поведения, как «гиперактивность».

Вряд ли следовало обозначать раздел психопатий как «расстройство зрелой личности», поскольку, во-первых, основной период их формирования приходится на детский и подростковый возраст, а во-вторых, в части случаев психопатии оказываются сформированными очень рано, уже к подростковому возрасту (например, конституциональные шизоидные личности, по Г.Е. Сухаревой, 1959).

В разделе F43 имеется специальная диагностическая рубрика «невротические нарушения, связанные со стрессом» и «невротические расстройства». Это, казалось бы, определяет достаточность систематики в указанном направлении, тем более что три основные формы неврозов в ней представлены. Вместе с тем содержание рубрики не соответствует названию в полной мере, поскольку кроме неврозов она включает и психореактивные синдромы по типу, например, острых аффективно-шоковых реакций (синдром Ганзера), не являющихся собственно неврозами. В результате оказалось, что неврозы поглотили другие психогенные расстройства. В прошлом был период, когда неврозы растворялись в проблеме личностных расстройств, и это было признано в отечественной психиатрии неправомерным. Противоположная тенденция — отнесение всех психогений к неврозам — свидетельствует о недостаточной разработанности теоретических представлений об этих двух основных формах психогений (психореактивные состояния и неврозы).

Включение в МКБ-10 расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, и расширение круга этих расстройств по сравнению с предыдущими классификациями само по себе положительно, однако в целом этот раздел наименее совершенен. Здесь отсутствуют разделы по неврозам и реактивным состояниям, а соответствующие расстройства разбросаны по другим рубрикам.

В частности, психогенные варианты нервной анорексии, нервной рвоты, ситуационные расстройства сна отнесены к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями, а трихотилломания — к расстройствам привычек. Не включенными в классификацию или представленными очень усеченно оказались такие типично подростковые расстройства, как разнообразные фобии, сверхценные образования (например, сверхценные переживания сиротства) и многие другие.

К общим существенным недостаткам МКБ-10 относится отсутствие дифференцированного подхода к систематике и диагностическим критериям раздельно по детской и подростковой психопатологии. Специфика каждого из этих возрастных периодов настолько значительна, что представлять их вместе нельзя. Например, для детского возраста характерны анаклитическая, сиблинговая и индуцированная депрессии, в то время как для подросткового — кроме форм, близких к тому, что наблюдается у взрослых, — психопатоподобные и соматизированные депрессии, их соматические и поведенческие «маски» и эквиваленты. Нервная анорексия наблюдается в основном у подростков, а не у детей. Элективный мутизм и расстройства привязанностей в зависимости от генеза чаще наблюдаются либо в детском, либо в подростковом возрасте, но в большинстве случаев относятся к психопатологическим проявлениям, а не к расстройствам социального функционирования. Примеры подобного рода многочисленны. В связи с отмеченными обстоятельствами при пользовании МКБ-10 многие возрастные расстройства придется относить к «другим» или к «неуточненным» формам.

Расстройства, которые, по мнению авторов, являются специфическими для детского и подросткового возраста, изложены в разделах F80–F89 (расстройства психологического развития) и F90–F98 (поведенческие и эмоциональные расстройства с началом, типичным для детского и подросткового возраста). Коды других расстройств, которые могут возникать в любом возрасте, также можно использовать применительно к детям и подросткам.

Основным положительным качеством МКБ-10 следует считать ее многоосевой характер. Любое диагностическое заключение может быть обозначено не одним, а несколькими кодами. Более того, в общей разъяснительной части отмечена предпочтительность такого кодирования и «убедительная рекомендация» использования других глав МКБ-10 в дополнение к главе V (F).

Среди пояснений к применяемой терминологии необходимо отметить следующие.

Термин «расстройства личности» — это обозначение для онтогенетических состояний, которые появляются в детском или подростковом возрасте и сохраняются в период зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию мозга, хотя могут предшествовать им или сосуществовать с ними.

«Изменения личности» приобретаются обычно вслед за тяжелым или длительным состоянием, экстремальными средовыми депривациями, заболеваниями или травмами мозга (F07) (табл. 5.1).

Таблица 5.1

**МКБ-10: диагностические рубрики, пояснения к ним**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Код** | **Диагностические рубрики МКБ** | **Пояснения** |
| F0 | Органические, включая симптоматические, психические расстройства | |
| F03 | Деменция неуточненная | Органическое поражение головного мозга с явлениями слабоумия |
| F05 | Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами | Острый органический психоз с картиной делирия |
| F06.0 | Органический галлюциноз |  |
| F06.2 | Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство |  |
| F06.3 | Органические (аффективные) расстройства |  |
| F06.5 | Органические диссоциативные расстройства |  |
| F06.6 | Органические астенические расстройства |  |
| F06.7 | Легкое когнитивное расстройство | Легкие задержки психического развития (снижение когнитивной продуктивности, памяти, трудности в обучении и сосредоточения внимания) |
| F06.9 | Неуточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни | Диагноз остается без изменений |
| F07 | Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (последствия органического поражения головного мозга инфекционного генеза) |  |
| F07.0 | Органическое расстройство личности | Органическая псевдоолигофреническая личность  Органическая псевдопсихопатическая личность  Диагностические указания:  а) значительное снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью;  б) эмоциональная лабильность (эйфория), легко сменяющаяся раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии или апатии;  в) расторможенность потребности и влечений без учета последствий и социальных условностей;  г) когнитивные нарушения с подозрительностью и параноидными мыслями или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (сверхценные образования);  д) вязкость в речи и гиперграфия;  е) измененное сексуальное поведение (гипосексуальность) |
| F07.1 | Постэнцефалитический синдром | Диагностические указания:  недомогание, апатия или раздражительность, некоторое снижение когнитивного функционирования (трудности обучения), нарушения сна и аппетита. Сочетаются с неврологическими нарушениями (афазия и пр.) |
| F07.2 | Посткоммоционный синдром | Энцефалопатия, посттравматический мозговой синдром (не психотический) |
| F07.9 | Неуточненные расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга | Органический психосиндром |
| F09 | Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства | Органический психоз, симптоматический психоз |
| **F2** | Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства Шизофрения характеризуется фундаментальными и характерными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Психотическое состояние должно быть не менее месяца.  Шизотипические расстройства обладают многими характерными чертами шизофренических расстройств и, по-видимому, генетически с ними связаны, но не обнаруживают галлюцинаторных и бредовых симптомов, грубых нарушений поведения. Положение промежуточное между шизофренией и острыми психическими расстройствами.  Шизоаффективные расстройства сохранены в этом разделе, но данные об их природе противоречивы.  Типы течения шизофрении:  F20+0 непрерывное  F20+1 эпизодическое с нарастанием дефицитарности  F20+2 эпизодическое со стабильным дефектом  F20+4 неполная ремиссия  F20+5 полная ремиссия | |
| F20 | Параноидная | Включается также парафренная |
| F20.1 | Гебефренная | Обычно начинается в подростковом возрасте.  Диагностические указания: выраженные эмоциональные изменения (неадекватность, самодовольство, гримасы, манерность, хихиканье, дурашливость). Мышление разорвано, нестойкие бред и галлюцинации, поведение бесцельное. Быстрый распад личности по шизофреническому типу (не путать с гебоидными расстройствами — В.А. Гурьева) |
| F20.2 | Кататоническая | Диагностические критерии:  а) ступор; б) возбуждение бесцельное, хаотическое; в) застывания; г) негативизм; д) восковая гибкость; е) мышечная ригидность; ж) автоматическая подчиняемость, персеверация |
| F20.3 | Недифференцированная шизофрения | Атипичная шизофрения  Диагностические указания:  а) отвечает общим критериям шизофрении; б) не подходит к другим формам; в) не отвечает критериям резидуальной шизофрении |
| F20.5 | Резидуальная шизофрения | Диагностические указания:  а) отчетливые негативные шизофренические симптомы; б) наличие в прошлом отчетливого приступа; в) наличие периода, хотя бы в один год, в котором симптоматика (бред, галлюцинации) были бы минимальными или редуцированными; г) отсутствие деменции |
| F20.6 | Простая шизофрения или «симплекс»-шизофрения | Диагностические указания:  характерные негативные признаки резидуальной шизофрении развиваются постепенно без предшествующих отчетливых психотических симптомов. Основные симптомы: утрата интересов, бездеятельность, социальная аутизация, прогрессирующие странности поведения |
| F21 | Шизотипические расстройства | Диагностические указания:  а) неадекватный или стертый аффект, эмоциональная холодность, отрешенность; б) странность, чудаковатость поведения; в) социальная отгороженность; г) странные убеждения, магическое мышление, влияющее на поведение; д) подозрительность или параноидные идеи; е) навязчивые размышления с дисморфофобическим, сексуальным, агрессивным содержанием; ж) явления дереализации, деперсонализации, иллюзии; з) аморфное, обстоятельное, метафорическое или стереотипное мышление; и) эпизодические транзиторные «квази» психотические эпизоды со слуховыми и др. галлюцинациями, бредоподобными идеями. Течение хроническое, иногда выливается в четкую шизофрению. Развивается чаще у лиц, генетически связанных с больными шизофренией.  Включаются:  - пограничная шизофрения;  - латентная шизофрения;  - предпсихотическая шизофрения;  - продромальная шизофрения;  - шизотипическое личностное расстройство |
| F22 | Хронические бредовые расстройства | - группа гетерогенная по происхождению, имеет неопределенную связь с шизофренией |
| F22.0 | Бредовое расстройство | Включаются:  - паранойя, — параноидное состояние;  - параноидный психоз;  - сензитивный бред отношения.  Бред изолированный. Начало заболевания может относиться (если есть дисморфофобии или др. сверхценности) к молодому возрасту |
| F22.2 | Другие хронические бредовые расстройства | Включаются:  - бредовые формы дисморфофобии-дисморфомании |
| F23 | Острые и транзиторные психотическиерасстройства | Типичны: а) острое начало; б) связь с состоянием острого стресса (в течение 2 недель после него); в) полиморфная клиническая картина; г) полное выздоровление в течение 2–3 месяцев; д) отсутствие органических причин.  Включаются: острые реактивные психозы |
| F23.0 | Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении | - бредовые вспышки;  - циклоидный психоз без симптомов шизофрении |
| F23.1 | Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении | - острая шизофрения;  - бредовые вспышки с симптомами шизофрении, симптомами шизофрении;  - циклоидный психоз с симптомами шизофрении |
| F23.2 | Острое шизофреноподобное психотическое расстройство | - шизофреноподобные расстройства, длящиеся менее 1 месяца;  - острая (недифференцированная) шизофрения. Может быть включен и так называемый «шизофренический тип реакции», по А.Н. Бунееву |
| F23.3 | Другие острые, преимущественно бредовые психотические расстройства | - параноидная реакция;  - психогенный параноидный психоз |
| F23.9 | Острые и транзиторные психотические расстройства (неуточненные) | - кратковременный реактивный психоз БДУ (без дополнительных указаний) |
| F24 | Индуцированное бредовое расстройство | Развивается у лиц с инфантильной психикой, пассивных, с патологической привязанностью, зависимостью к индуктору, обнаруживающему истинный психоз. Проходит при разлучении.  Включаются:  - «помешательство вдвоем» (folie a deux);  - индуцированное параноидное расстройство, симбиотический психоз |
| F25 | Шизоаффективные расстройства | Диагноз устанавливается только в том случае, если выражены шизофренические и аффективные расстройства одновременно или последовательно в течение нескольких дней |
| F3 | **Расстройства настроения (аффективные расстройства)** | |
| F30.0 | Гипомания |  |
| F30.1 | Мания без психотических симптомов |  |
| F30.2 | Мания с психотическими симптомами | - инфантильная фантастическая мания (по van Krevelen);  - галлюцинаторно-бредовая мания; |
| F32 | Депрессивный эпизод | - снижение настроения, самооценки, интересов, активности; утомляемость;  - депрессивный эпизод должен длиться по крайней мере две недели;  - в анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода (F30);  - эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества (F10– F19) или любому органическому психическому расстройству (F00– F09) |
| F32.0 | Легкий депрессивный эпизод | - субдепрессивная реакция |
| F32.2 | Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов | - эпизод ажитированной депрессии;  - меланхолия или витальная депрессия симптомовсия |
| F32.3 | Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами | - психогенный депрессивный психоз;  - реактивный депрессивный психоз |
| F34 | Хронические аффективные расстройства |  |
| F34.0 | Циклотимия | - аффективное расстройство личности;  - циклоидная личность;  - циклотимная личность |
| F34.1 | Дистимия | - хроническое депрессивное настроение разной степени выраженности  Включаются:  - хроническая тревожная депрессия;  - депрессивный невроз;  - депрессивное расстройство личности;  - невротическая депрессия (длительностью более 2 лет);  - аффективный психоз (БДУ) |
| F39 | Неуточненные (аффективные) расстройства настроения |  |
| F4 | Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства Невротические стрессовые и соматоформные расстройства обьединены в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной части этих расстройств с психологическими причинами | |
| F40 | Тревожно-фобические расстройства | Тревога здесь вызывается исключительно или преимущественно ситуативно. Может быть выражена по-разному (от чувства дискомфорта до ужаса) |
| F40.1 | Социальные фобии | Диагностические указания:  а) начинаются в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха испытать внимание малых групп окружающих (в противоположность толпе);  б) психологические, поведенческие или вегетативные симптомы должны быть проявлением тревоги;  в) тревога ограничена определенными социальными ситуациями.  Включаются:  - антропофобия;  - социальный невроз |
| F40.2 | Специфические (изолированные) фобии | Диагностические указания: те же.  Включаются:  - фобии животных;  - клаустрофобия;  - фобия экзаменов;  - простая фобия |
| F41 | Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) | - приступы острой тяжелой тревоги с нарастающим страхом, которые не ограничиваются определенной ситуацией; вторично могут быть депрессия и обсессия, деперсонализация, дереализация.  Включаются:  - паническая атака;  - паническое состояние |
| F42.1 | Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы) |  |
| F43 | Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации | - реакция на исключительно сильное стрессовое жизненное событие. Часто у детей у подростков |
| F43.0 | Острая реакция на стресс | - кризисное состояние;  - острая кризисная реакция;  - психический шок (реакция продолжается несколько часов);  - нарушенные адаптационные реакции |
| F43.1 | Посттравматическое стрессовое расстройство (катастрофы, пытки, терроризм, изнасилование) | Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на тяжелый стресс или ситуацию исключительно угрожающего характера. Особенно легко возникает при наличии предиспонирующих факторов (компульсивные, астенические личности). Если это сочетается с самоповреждением, надо дополнительно отмечать код Х главы ХХ МКБ-10. Отдаленные хронические последствия «опустошающего» стресса (депрессия истощения) должны квалифицироваться в рубрике 62.0.  Включается:  - травматический невроз |
| F43.2 | Расстройство адаптации | Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующие социальному функционированию и возникающие в период адаптации к новым условиям. У подростков часто сочетаются с нарушением поведения.  Включается:  - депрессивное настроение, тревога, беспокойство, неспособность справиться с волнением, снижение социальной продуктивности. Может проявляться агрессивным поведением;  - культуральный шок;  - госпитализм у детей.  Критерии расстройства адаптации по клиническим формам уточняются по пятому знаку |
| F43.20 | Кратковременная депрессивная реакция | - не более 1 месяца |
| F43.21 | Пролонгированная депрессивная реакция | - не более 2 лет |
| F43.23 | С преобладанием нарушений других эмоций | - специфическая детская с регрессивными формами поведения (энурез, сосание пальцев) |
| F43.24 | С преобладанием нарушения поведения | - реакция, приводящая к агрессивному или диссоциальному поведению |
| F43.8 | Другие реакции на тяжелый стресс |  |
| F43.81 | Синдром Ганзера | - острый реактивный истерический психоз с псевдодеменцией, истерически суженным сознанием, дезинтеграцией мышления |
| F43.82 | Транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие у детей и подростков | - конверсионная истерия;  - истерический психоз |
| F43.88 | Другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства | - психогенная спутанность;  - сумеречное состояние |
| F45.2 | Ипохондрическое расстройство, включая дисморфофобию небредовую | - сверхценные образования |
| F48.0 | Неврастения | Диагностические указания:  а) постоянные жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, жалобы на слабость в теле и истощение после минимальных усилий; б) головокружения; в) тензионные головные боли; г) нарушения сна; д) неспособность отдохнуть; е) раздражительная слабость; ж) снижение интеллектуальной продуктивности |
| F48.1 | Синдром деперсонализации — дереализации |  |
| F5 | **Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами** | |
| F50.0 | Нервная анорексия | - анорексия непроцессуальная;  - психогенная потеря аппетита.  Диагностические указания:  а) вес тела уменьшается не менее чем на 15%; б) потеря веса вызывается самим пациентом; в) ужас перед ожирением; г) общие эндокринные расстройства; д) задержка пубертатного развития |
| F50.2 | Нервная булимия | - нервная гиперорексия (в отличие от анорексии) |
| F51.3 | Снохождение (сомнамбулизм) |  |
| F51.4 | Ужасы во время сна (ночные ужасы) |  |
| F51.5 | Кошмары | - расстройство в виде тревожных сновидений |
| **F6** | **Расстройства зрелой личности и поведения (у взрослых — психопатии)** | |
| F60.0 | Параноидное расстройство личности | - фанатичное;  - экспансивно-параноидное;  - кверулянтное расстройство личности |
| F 60.1 | Шизоидное расстройство личности | - шизоидные личности |
| F60.2 | Диссоциальное расстройство личности | - социопатическое;  - аморальное;  - асоциальное;  - антисоциальное |
| F60.3 | Эмоционально-неустойчивое расстройство личности | - возбудимое |
| F60.30 | Импульсивный тип | - эксплозивные и агрессивные психопатические личности |
| F60.31 | Пограничный тип | - пограничное расстройство личности  Симптоматика: эмоциональная неустойчивость, хроническое чувство опустошенности, склонность к эмоциональным кризам и серийным суицидальным угрозам или актам самоповреждения |
| F60.4 | Истерическое расстройство личности | - самодраматизация, театральность, эгоцентризм, суггестия, аутосуггестия |
| F60.5 | Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности | - чрезмерная склонность к сомнениям, педантизм, скрупулезность, ригидность, склонность к умственной жвачке (вариант П. Жане) |
| F 60.6 | Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности | - тревожно-мнительные (вариант С.Х. Суханова, П.Б. Ганнушкина) личности |
| F60.7 | Зависимое расстройство личности | - астеническая;  - неадекватная;  - пассивная и пораженческая личность |
| F60.8 | Другие специфические расстройства личности | - эксцентрическая;  - «безудержная»;  - инфантильная;  - пассивно-агрессивные личности |
| F60.9 | Расстройство личности неуточненное | - патологическая личность (БДУ);  - невроз характера (БДУ) |
| F61.0 | Смешанные расстройства личности | - мозаичные психопатии (по П.Б. Ганнушкину) |
| F62 | Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга | Психогенные развития личности, связанные этиопатогенетически с чрезмерными продолжительными стрессами или изменения личности после тяжелых психических заболеваний |
| F62.0 | Хроническое изменение личности после катастроф, актов жестокости, насилия | Психогенное развитие личности, с формированием сензитивной шизоидности.  Диагностические указания:  а) враждебное или недоверчивое отношение к миру; б) социальная отгороженность; в) ощущение опустошенности и безнадежности; г) хроническое чувство напряжения, угрозы, существования «на грани»; д) отчужденность |
| F62.1 | Хроническое изменение личности после психической болезни | - изменения личности по шизофреническому или органическому типам |
| F62.8 | Другие хронические изменения личности | - другие варианты психогенного развития личности (например, после потери близких) |
| F63.1 | Патологические поджоги (пиромания) |  |
| F63.2 | Патологическое воровство (клептомания) |  |
| F64.0 | Транссексуализм | - чувство дискомфорта от своего пола, стремление к хирургическому изменению тела в соответствии с избранным полом |
| F64.2 | Расстройство половой идентификации у детей | Может начинаться в раннем детстве (и всегда в период пубертата). Включает постоянную неудовлетворенность своим полом, настойчивое стремление к его изменению или убежденность в принадлежности к противоположному полу |
| F65 | Расстройства сексуального предпочтения | - парафилии |
| F65.0 | Фетишизм |  |
| F65.2 | Эксгибиционизм |  |
| F65.3 | Вуайеризм | - подглядывание за сексуальными действиями |
| F65.4 | Педофилия |  |
| F65.5 | Садомазохизм |  |
| F66.0 | Расстройство полового созревания | - психологическое переживание своей сексуальной ориентации |
| F66.9 | Расстройство психосексуального развития, неуточненное |  |
| F68.0 | Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам | - аггравация;  - компенсационный невроз |
| F68.1 | Преднамеренное вызывание или симуляция симптомов физических или психологических, либо инвалидизации (симулятивное расстройство) | - синдром «завсегдатая больниц»;  - синдром Мюнхгаузена;  - «кочующий» больной |
| **F7** | Умственная отсталость | |
| F70 | Легкая умственная отсталость | - малоумие, олигофрения;  - дебильность;  - легкая умственная субнормальность |
| F71 | Умеренная умственная отсталость | - имбецильность;  - умеренная олигофрения |
| F72 | Тяжелая умственная отсталость | - тяжелая олигофрения |
| F73 | Глубокая умственная отсталость | - идиотия;  - глубокая олигофрения |
| **F8** | **Нарушения психологического развития — в основном задержки психического развития** | |
| F80 | Специфические расстройства развития речи |  |
| F80.3 | Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау—Клефнера) | - расстройство речи и пароксизмальная активность на ЭЭГ возникают после периода нормального развития. Интеллект сохраняется. Этиология органическая |
| F 81. | Специфические расстройства развития школьных навыков | Диагностические указания:  - дислексия, дисграфия, дискалькулия, трудности обучения |
| F84 | Общие расстройства развития |  |
| F84.0 | Детский аутизм | - инфантильный аутизм;  - синдром Каннера (в большинстве случаев сочетается с умственной отсталостью) |
| F84.2 | Синдром Ретта | Описан только у девочек. Причина неизвестна. В период от 7 месяцев до 2 лет наступает парциальная или полная потеря приобретенных мануальных навыков, речи, замедляется рост головы, тяжелая психическая инвалидизация, эпилептические приступы |
| F84.3 | Другое дезинтегративное расстройство детского возраста | Общее расстройство развития. Потеря приобретенных свойств психики, обеднение и потеря речи. Прогноз очень плохой, кончается тяжелой умственной отсталостью;  - дезинтегративный психоз,  - синдром Геллера |
| F84.4 | Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями |  |
| F 84.5 | Синдром Аспергера | - аутистическая психопатия;  - шизоидное расстройство детского периода |
| F89 | Неуточненное расстройство психологического развития | - задержка психического развития |
| F9 | **Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте** | |
| F90 | Гиперкинетические расстройства | - нарушения активности внимания, гиперкинетическое расстройство поведения |
| F91 | Расстройство поведения | Стойкий тип диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения, проявляющегося после 3-летнего возраста (чрезмерная драчливость, жестокость, тяжелые разрушительные тенденции, поджоги, воровство, прогулы, уходы из дома, тяжелые вспышки гнева, неконтролируемость поведения) |
| F91.0 | Расстройства поведения, ограничивающиеся семьей |  |
| F91.1 | Несоциализированное расстройство поведения | - отсутствие эффективной интеграции в группе сверстников — ключевое отличие от «социализированных» форм, изоляция от сверстников и родных, к взрослым — жестокость, негодование, часты эмоциональные расстройства;  - уединенный, агрессивный тип |
| F 91.2 | Социализированное расстройство поведения | - групповой тип;  - групповая делинквентность |
| **F93** | Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста | |
| F93.0 | Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте | - чрезмерная тревога в отношении лиц, к которым ребенок патологически привязан |
| F 93.1 | Фобическое тревожное расстройство детского возраста | Страхи, физиологические для одних фаз развития, оказываются патологическими, если возникают на более поздних этапах созревания (например, агорафобия, страх животных в дошкольном возрасте) |
| F93.2 | Социальное тревожное расстройство | Постоянный рецидивирующий страх и/или избегание незнакомых сверстников или взрослых считается патологическим, если возникает до 6 лет и сопровождается нарушением социального функционирования |
| F93.3 | Расстройство сиблингового соперничества | - выраженная ревность сиблингов |
| F94 | Элективный мутизм | Впервые возникает в раннем детском возрасте при наличии определенных личностных особенностей (социальная тревожность, отгороженность, чувствительность или сопротивление) |
| F94.1 | Реактивные расстройства привязанности детского возраста | Возникают как проявления боязливости и повышенной настороженности, плохого контакта со сверстниками. Очень частая агрессия к себе и другим. Может быть прямым результатом серьезного родительского пренебрежения, жестокого обращения или грубых ошибок в воспитании. Эти расстройства важны, хотя клинически неопределенны. Указанные нарушения носят изолированный характер, не сопровождаются расстройствами коммуникативных способностей, аутизмом, серьезными нарушениями развития. Обнаруживают тенденцию к сглаживанию при нормализации воспитания |

Психические расстройства больных детского и подросткового возраста, помимо отмеченных выше, встречаются и в других разделах МКБ-10, в том числе и впервые описанных на русском языке в издании МКБ-10 ГНЦССП им. В.П. Сербского (1998). Сюда относятся:

F94.2 — расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу;

F94.8 — другие расстройства социального функционирования в детском возрасте;

F95.0 — транзиторные тики;

F95.1 — хронические моторные тики или вокализмы;

F95.2 — комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром Жилль де ла Туретта);

F98.0 — энурез неорганической природы;

F98.1 — энкопрез неорганической природы;

F98.3 — поедание несъедобного (пика) младенцами и детьми;

F98.4 — стереотипные двигательные расстройства;

F98.5 — заикание;

F98.6 — речь взахлеб;

F98.8 — другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст;

F98.9 — эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненное;

A50 — врожденный сифилис;

A50.4 — поздний врожденный нейросифилис;

B22 — болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней;

B22.0 — болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии;

E22 — гиперфункция гипофиза;

E22.0 — акромегалия и гипофизарный гигантизм;

E23 — гипофункция и другие нарушения гипофиза;

E24 — синдром Иценко—Кушинга;

E30 — нарушения полового созревания, не классифицированные в других рубриках;

E30.0 — задержка полового созревания;

E30.1 — преждевременное половое созревание;

E34.3 — низкорослость (карликовость), не классифицированная в других рубриках;

E51.2 — энцефалопатия Вернике;

E66 — ожирение;

E70.0 — классическая фенилкетонурия;

E71.0 — болезнь «кленового сиропа»;

G00 — бактериальный менингит, не классифицированный в других рубриках (включается бактериальный арахноидит и др.);

G01 — менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках;

G03 — менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами;

G04 — энцефалит, миелит и энцефаломиелит;

G05 — энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках;

G05.1 — энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках;

G21.0 — злокачественный нейролептический синдром;

G40 — эпилепсия;

G40.3 — генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы (включаются доброкачественная миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста, детские эпилептические абсансы — пикнолепсия, ювенильная абсанс-эпилепсия, ювенильная миоклоническая эпилепсия и др.);

G40.4 — другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов (включаются детские спазмы, симптоматическая ранняя миоклоническая энцефалопатия и др.);

G40.5 — особые эпилептические синдромы (включаются: эпилепсия парциальная непрерывная — Кожевникова; эпилептические припадки, связанные с употреблением алкоголя; эпилептические припадки, связанные с употреблением лекарственных средств; эпилептические припадки, связанные с гормональными изменениями, и др.);

G40.6 — припадки grand mal неуточненные (с малыми припадками — petit mal — или без них);

G41.0 — эпилептический статус grand mal (судорожных припадков);

G43 — мигрень;

G47 — расстройства сна;

G47.0 — нарушения засыпания и поддержания сна (бессонница);

G47.1 — нарушения в виде повышенной сонливости (гиперсомния);

G47.2 — нарушения цикличности сна и бодрствования;

G47.4 — нарколепсия и катаплексия;

G47.8 — другие нарушения сна;

G80 — детский церебральный паралич;

G91 — гидроцефалия;

G92 — токсическая энцефалопатия;

G93.4 — энцефалопатия неуточненная;

L29 — зуд;

L98.1 — искусственный (артифициальный) дерматит (включается невротическое расчесывание кожи);

Q02 — микроцефалия;

Q03 — врожденная гидроцефалия;

Q04 — другие врожденные аномалии (пороки развития) головного мозга;

Q04.9 — врожденная аномалия головного мозга неуточненная;

Q05 — spina bifida (неполное закрытие позвоночного канала);

Q35 — расщелина неба (волчья пасть);

Q36 — расщелина губы (заячья губа);

Q37 — расщелина неба и губы (волчья пасть с заячьей губой);

Q53 — неопущение яичка;

Q56 — неопределенность пола и псевдогермафродитизм;

Q86 — синдромы врожденных аномалий (пороков развития), обусловленные известными экзогенными факторами, не классифицированными в других рубриках;

Q86.0 — алкогольный синдром у плода (дизморфия);

Q90 — синдром Дауна;

Q91 — синдром Эдвардса и синдром Патау;

Q98.4 — синдром Клайнфелтера неуточненный;

R00.0 — тахикардия неуточненная;

R00.2 — сердцебиение;

R11 — тошнота и рвота;

R15 — недержание кала;

R25.1 — тремор неуточненный;

R32 — недержание мочи неуточненное;

R35 — полиурия;

R46.0 — очень низкий уровень личной гигиены;

R46.1 — причудливый внешний вид;

R46.2 — странное и необъяснимое поведение;

R46.3 — чрезмерная активность;

R48 — дислексия и другие нарушения символов и знаков, не классифицированные в других рубриках;

R48.1 — агнозия;

R62.0 — задержка этапов развития;

R62.8 — другие виды задержки ожидаемого нормального физиологического развития (включается инфантилизм);

R63.0 — анорексия;

R63.1 — полидипсия;

R63.2 — полифагия;

T74 — синдром жестокого обращения;

T74.0 — оставление без внимания или заброшенность;

T74.1 — физическая жестокость;

T74.2 — сексуальная жестокость;

T74.3 — психологическая жестокость;

T74.8 — другие синдромы жестокого обращения (включаются смешанные формы);

T74.9 — синдром неуточненного жестокого обращения;

Y05 — сексуальное нападение с применением физической силы (включаются попытки изнасилования или содомии);

Y06 — лишение ухода или оставление без присмотра;

Y07 — другие формы плохого обращения (включаются жестокость — психическую, физическую, сексуальную и мучения);

Z00.3 — обследование с целью оценки состояния развития подростка (включается состояние пубертатного развития);

Z00.4 — общее психиатрическое обследование, не классифицированное в других рубриках (исключается обследование в судебно-медицинских целях — Z04.6);

Z02.8 — другие обследования в административных целях (при помещении в тюрьму и др.);

Z04.6 — общее психиатрическое обследование по запросу учреждения;

Z13.3 — специальное скрининговое обследование с целью выявления психических расстройств и нарушений поведения;

Z61.0 — потеря в детстве любимых родителей;

Z61.1 — отлучение ребенка от дома;

Z61.2 — изменение семейных взаимоотношений родственников в детстве (новый брак родителей или рождение другого ребенка с отрицательными для пробанда последствиями);

Z61.3 — события, приводящие к снижению самооценки в детстве;

Z61.4 — проблемы, связанные с возможным сексуальным изнасилованием ребенка лицом, принадлежащим к группе первичной поддержки;

Z61.5 — проблемы, связанные с возможным изнасилованием ребенка посторонним лицом;

Z61.6 — проблемы, связанные с возможным физическим насилием по отношению к ребенку;

Z61.7 — личные потрясения, перенесенные в детстве;

Z61.9 — неблагоприятное жизненное событие в детстве неуточненное;

Z62.0 — неадекватность заботы и контроля со стороны родителей;

Z62.1 — излишняя опека со стороны родителей;

Z62.2 — воспитание в закрытом учреждении;

Z62.3 — враждебное отношение и несправедливые претензии к ребенку;

Z62.4 — эмоциональная заброшенность детей;

Z62.6 — неприемлемое давление со стороны родителей и другие отрицательные факторы воспитания;

Z65.4 — жертва преступления и терроризма;

Z65.5 — жертва стихийного бедствия, военных и других враждебных действий;

Z71.1 — жалобы, вызванные страхом болезни при отсутствии диагностированной болезни;

Z72.1 — употребление алкоголя (исключается алкогольная зависимость — F10.2);

Z72.2 — использование наркотиков (исключается наркотическая зависимость — F11–F16, F18);

Z73.1 — акцентированные личностные черты (включается поведенческая структура типа А — с неумеренной амбицией, потребностью в высоких достижениях, нетерпимостью, некомпетентностью и назойливостью);

Z73.3 — стрессовое состояние, не классифицированное в других рубриках;

Z76.5 — сознательная симуляция болезни;

Z81 — в семейном анамнезе психические расстройства и расстройства поведения;

Z81.0 — в семейном анамнезе умственная отсталость;

Z81.1 — в семейном анамнезе алкогольная зависимость;

Z81.4 — в семейном анамнезе злоупотребление другими средствами, вызывающими зависимость;

Z81.8 — в семейном анамнезе другие психические расстройства и расстройства поведения.

Данные, приведенные в МКБ-10, естественно, не являются исчерпывающими, но и в этом виде значительно расширяют представление о клинике пограничных психических расстройств детского и подросткового возраста, которые могут оказаться начальными проявлениями приобретенных расстройств личности.

В судебной психиатрии все эти данные должны учитываться, если констатированы в анамнезе.

# **Глава 6. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних**

## 6.1. Общие представления о преступности несовершеннолетних

Во все времена ученых интересовала природа преступности, знание которой необходимо, главным образом, для предотвращения, профилактики последней. Многочисленные исследования показали, что идея Чезаре Ломброзо (1876), совершившего, по выражению немецких юристов, «варварский набег психиатров на юриспруденцию», о частоте психических расстройств в преступной среде, оказалась не такой уж несправедливой. Если в целом доказана социальная природа преступности, то нельзя отрицать того, что у каждого второго подростка-правонарушителя, находящегося в уголовно-исправительном учреждении, обнаруживаются психические отклонения и расстройства. Эти данные опубликованы в работах Г.В. Морозова и Н.И. Фелинской (1966), В.Я. Гиндикина (1968, 1969), В.А. Гурьевой (1968, 1969), Е.В. Макушкина (2002) и др. Такие же данные получены криминологами при сплошных обследованиях в больших регионах (Минковский Г.М., 1978; Чевгуз В.С., 1988; Антонян Ю.М., Виноградова М.В., Голумб Ц.А., 1987; Голубовский В.Ю., 2006 и др.). Чаще всего речь идет о личностных девиациях, в генезе которых участвуют, наряду с биологическими и органическими, те же социально-психологические факторы, которые формируют антисоциальные установки личности, анетический симптомокомплекс, сексуальную распущенность, наркотизм, иное искаженное социальное функционирование. Важно отметить, что любые психические отклонения, какими бы незначительными они ни казались в детском возрасте, облегчают усвоение отрицательных средовых влияний и соответствующего модуса поведения.

В пользу социальной природы преступности свидетельствует то обстоятельство, что в подавляющем большинстве наблюдений мотивация криминальных действий оказывается чаще всего не болезненной, а бытовой. Непатологически мотивированные общественно опасные действия могут наблюдаться у подростков с психической незрелостью разного генеза, повышенной внушаемостью, низким интеллектом, при формирующейся личностной патологии и даже при некоторых формах шизофрении и шизотипии.

В зарубежной психиатрии в 60-х годах опубликовано большое количество работ по изучению причин преступности и путей формирования антисоциального поведения у молодежи. Наиболее отчетливо биологическую концепцию обосновали А. Weber (1955), H.W. Gruhle (1952), психологическую — G.F. Jonson (1979), R.M. Linder (1948) и др. В работах подростковых психиатров среди факторов, обусловливающих психопатоподобное поведение несовершеннолетних правонарушителей, традиционно выделяются наследственная отягощенность и алкоголизм родителей, неблагополучие семей, неправильное воспитание и иные отрицательные средовые факторы (G. Kujathg, 1959).

По данным ВНИИ МВД РФ (2000), за десятилетний интервал в конце прошлого столетия, с 1989 по 1999 год, количество участников преступлений в возрасте 16–17 лет увеличилось на 55%, а количество несовершеннолетних правонарушителей, не достигших возраста привлечения к уголовной ответственности, — на 14,6%. При этом доля насильственных ООД, совершенных детьми и подростками, составила 1/3 от числа взрослых правонарушителей. Увеличился показатель агрессивно-насильственных преступлений, соответственно среди правонарушений, совершенных подростками в 2000 году, — 1,1% составили убийства, и этот показатель увеличился на 20% по сравнению с 1999 годом.

Данные о подростковой криминальной агрессии в России можно сопоставить с официальной статистикой североамериканских штатов. В 1998 году Американской академией психиатрии и права (AAPL) проводился анализ насильственных преступлений, совершенных несовершеннолетними в США. Он показал следующее: уровень названных преступлений повысился с 1985 по 1994 год, а затем снизился в период с 1994 по 1996 год. С 1988 года уровень убийств, совершаемых подростками, вырос более чем вдвое, при этом основную часть роста составили убийства, связанные с применением огнестрельного оружия. В то время как общий процент агрессивно-насильственных преступлений, совершаемых несовершеннолетними, существенно не изменился, увеличилось количество летальных исходов среди жертв. В процентном отношении число насильственных преступлений, совершаемых несовершеннолетними, выросло только на 5–10%. В настоящее время, несовершеннолетние в США совершают 6–7 убийств в день. Широко освещаемые случаи стрельбы в школах составляют малый процент от общего числа преступлений. По сравнению с периодом двадцатилетней давности, взрослые находятся на наиболее низком уровне риска совершения преступления. Однако число насильственных преступлений, совершаемых против самих подростков (возраст от 12 до 15 лет), существенно увеличилось с 1988 года (интернет-данные AAPL, 1998; цит. Макушкин Е.В., 2002). При этом с 1992 по 2003 год практически в 10 раз чаще регистрируются аресты за жестокие, насильственные преступления, совершаемые девочками-подростками — 40,9% против 4,3% арестов мальчиков. Современные англо-американские психиатры в качестве основных причин преступности несовершеннолетних называют бегство от общественно-экономической ситуации, возникновение преступных субкультур, толерантность к фрустрациям. Что же касается преступлений, совершаемых девочками-подростками, социологи и психологи из США отмечают пагубное воздействие голливудских блокбастеров о женщинах-воинах, «дерущихся за свои права». Образ женщины утратил свою миролюбивость, и это влияет на сознание девочек. Специалистами выделяется и новый синдром у девочек-подростков — «синдром Лары Крофт», подразумевающий психологическое подражание известной киногероине не только в вербальной, интеллектуальной, но и физической агрессии (интернет-данные «RBC daily», 2004).

Ранее сотрудниками Института криминологии Тюбингенского университета (Х. Геппингер и соавт., 1978) был проведен многосторонний анализ большого материала с позиций криминологии и судебной психиатрии. Среди причин преступности несовершеннолетних на 1-е место поставлены отрицательные социальные факторы и выделены так называемые социологические синдромы, являющиеся факторами риска: 1 — синдром семейной отягощенности; 2 — социошколярный синдром; 3 — синдром недостаточной профессиональной приспособленности; 4 — синдром свободного времени; 5 — контакт-синдром (контакты со средой). Наряду с социальными факторами также большое причинное значение придавалось соматическим вредностям и наследственной отягощенности.

Польские авторы обратили особое внимание на воздействие отрицательных социальных факторов в определенные возрастные биологически-переломные периоды: психическое созревание продолжается и после 16 лет и длится тем дольше, чем неблагоприятнее семейная среда. М. Чеслак (1977) пишет, что социальная зрелость наступает позже, чем психическая, и это определяет частоту делинквентного поведения и алкоголизма у несовершеннолетних. Большое значение придается ранней алкоголизации. Большинство современных авторов считает, что пубертатный криз сам по себе располагает к усвоению отрицательного опыта.

Следует согласиться с концепцией Геппингера, согласно которой отдельно взятый фактор имеет относительное значение. Судебные психиатры не располагают эпидемиологическим материалом и имеют дело с лицами, уже вызвавшими сомнение в своей психической полноценности. Важно не переступить границы своей компетенции в вопросах генеза преступности (Фрейеров О.Е., 1966). Мы можем лишь подтвердить: в целом основной причиной задержки или искажения социализации личности является влияние массивных комплексных отрицательных социальных факторов, что проявляется в наличии у большинства подростков-правонарушителей выраженной педагогической и социальной запущенности. Однако нельзя не учитывать, что отрицательные социально-психологические факторы воздействуют на несформированную личность, очень часто отягощенную ранними церебральными органическими поражениями, с явлениями аффективной неустойчивости, инфантилизма, задержки интеллектуального развития, психопатоподобными синдромами. Педагогическая и социальная запущенность очень часто сопровождает формирование психопатий, начало эпилепсии, шизофрении, психогенных развитий личности и др. Кроме того, нельзя забывать, что речь идет о пубертатном кризе, протекающем, как правило, асинхронно, дисгармонически, что способствует значительному усилению психологического криза созревания, нарушению поведения и адаптации.

Все это, с учетом частоты психических отклонений среди несовершеннолетних правонарушителей и сложности социально-биологических механизмов криминальных действий, свидетельствует о серьезности проблемы профилактики преступности несовершеннолетних с психическими расстройствами. Нам представляется знаменательным, что и криминологи считают научно неправомерным изучение преступности только с юридических позиций (Утевский Б.С., 1964). Следует учитывать также, что роль тех или иных факторов в формировании делинквентного поведения меняется в зависимости от того, в каком возрасте подросток совершил преступление, является ли оно первичным или рецидивным. Так, для правонарушений, совершенных подростками после 16 лет, характерна большая массивность отрицательных средовых влияний; для ранних деликтов — большая частота патологических состояний; для однократных поступков — частота аффективных, индуцированных, инфантильно-мотивированных форм; для стереотипно повторяющихся — связь со сверхценными инфантильными увлечениями, эпилептоидными особенностями личности, расстройствами влечений и т. д.

Анализ структуры правонарушений помогает понять сложность их природы у подростков с психическими расстройствами. Правонарушения могут быть сгруппированы по генезу (в порядке убывания частоты): правонарушения, связанные с массивной педагогической запущенностью, независимо от того, имеются или отсутствуют психические расстройства; закономерные правонарушения, проявляющиеся в склонности к криминальным поступкам; общественно опасные действия, обусловленные наличием психических расстройств; правонарушения, отражающие аффективные взрывы (патологические и непатологические); правонарушения, связанные с искаженным психологическим кризом созревания или возрастной психопатологией.

Обнаруживается следующая закономерность: чем более выражено нарушение психики, тем менее заметны явления социальной запущенности, тем чаще наблюдаются патологическая мотивация и рецидивы однотипных общественно опасных действий. В этом отношении высказывание А.Е. Личко (1985), согласно которому «сензитивность и делинквентность сочетаются редко», можно принять только в рамках личностных отклонений и легких психических расстройств, поскольку сензитивность, связанная с патологическими сверхценными образованиями или сензитивными идеями отношения, напротив, может определять совершение общественно опасных действий.

Наиболее опасный возраст для развития нарушений поведения и делинквентности — это период от 7 до 12 лет. В это время среди мотивов противоправных поступков чаще всего наблюдается тяготение к подражанию отрицательным шаблонам поведения, боязнь наказания, стремление выделиться среди сверстников, чрезмерное любопытство и пр.

## 6.2. Современное уголовное законодательство и основные задачи судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних

Последний УК РФ (1996) содержит ряд новых статей, имеющих непосредственное отношение к несовершеннолетним. Они, в частности статья 20 (часть 3), статья 22 и статья 96, не являются простым дополнением к прежнему УК, а отражают совершенно новый, качественно иной подход к уголовной ответственности несовершеннолетних и к самому понятию «несовершеннолетие». В широком смысле введение этих статей означает расширение прав несовершеннолетних правонарушителей, узаконенное в международном масштабе Конвенцией о правах ребенка (1989) и «Пекинскими правилами» (1985). Приближение российского уголовного законодательства к международным нормам права, естественно, является прогрессивным. Вместе с тем и в формулировках указанных статей, и в нескольких опубликованных комментариях к ним содержится так много неточностей, а иногда и прямых противоречий, что без специального анализа и разъяснений использование этих статей в экспертной практике весьма затруднено.

Сказанное в наибольшей степени относится к ч. 3 ст. 20 УК РФ. В Уголовном кодексе эта статья сформулирована следующим образом: «Если несовершеннолетний достиг возраста уголовной ответственности, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности».

Основным содержанием этого пункта является новый подход к понятию возраста уголовной ответственности. Как известно, в прежнем УК была ст. 10, в которой жестко определялся возраст привлечения несовершеннолетних к уголовной ответственности. Речь шла о 14 и 16 годах, в зависимости от тяжести правонарушения. Указанный критерий был единственным. Само собой разумеющимся считалось положение о том, что к 14 годам все подростки (недушевнобольные) достигают «нужной» степени психической зрелости, то есть их психическое развитие протекает своевременно. Об этом прямых разъяснений не было, но фактор психического развития и возможность нарушения развития вне рамок психических заболеваний не рассматривались и не учитывались.

Практика показывала, однако, что при экспертизе несовершеннолетних не учитывать фактор развития нельзя. Именно в связи с этим в 1963 году Постановлением Верховного суда СССР была образована комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних. Таким образом, учет критерия психического развития стал использоваться в экспертной практике задолго до введения последнего УК РФ.

Обновленные формулировки ключевых статей в УК РФ (1996) диктуют необходимость учитывать и использовать новую терминологию в практической судебно-психиатрической деятельности. Например общеизвестно, что на смену формуле невменяемости ст. 11 УК РСФСР («Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или болезненного состояния».) законодателем была введена новая формулировка ст. 21 УК РФ: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики». Поэтому уходит в прошлое понятие «психическое заболевание», поскольку появился достаточно емкий в правовом и медицинском аспектах термин «психическое расстройство». По этим же причинам сегодня в актах экспертизы нецелесообразно стало использовать фразы «не может отдавать себе отчета... или руководить своими действиями...» или «хроническим психическим заболеванием не страдал и не страдает...» (для наглядности в разделе «Приложение» приведены современные образцы мотивировочной части актов при разных нозологиях, с соответствующими ссылками на МКБ-10, даны варианты разнообразных экспертных решений). Здесь же в очередной раз следует напомнить о неправомерности использования экспертами формулировок типа: «следует считать вменяемым/невменяемым» или «подэкспертный подпадает под действие ст. 22 УК РФ», поскольку, как известно, подобные конечные процессуальные решения и императивная модальность всегда являются лишь прерогативой суда.

### *6.2.1. Комментарии к статьям 20–22 УК РФ*

С введением нового УК был узаконен дифференцированный подход к понятию возраста уголовной ответственности; стало ясно, что этот возраст нельзя понимать формально, а необходимо использовать тот «принцип разумения», значение которого подчеркивалось в уголовных законодательствах ряда стран. Одновременно введением ч. 3 ст. 20 как бы проводилась грань между отношением закона к психическим расстройствам и к нарушениям психического развития в виде «отставания».

Иными словами, наличие психических расстройств квалифицируется по ст. 21 (вменяемость-невменяемость), а констатация «отставания» определяет возможность или невозможность привлечения к уголовной ответственности. Появилось даже мнение, что в последнем случае речь идет о «возрастной невменяемости». Сразу отметим, что отождествлять эти понятия нельзя. В самой формулировке ч. 3 ст. 20 говорится об «отставании в развитии, не связанном с психическим расстройством», тогда как невменяемость определяется наличием определенных психических расстройств. В ч. 3 ст. 20 речь должна идти о фактическом недостижении возраста уголовной ответственности. Это положение следует считать принципиальным.

Разделение понятий «отставание в развитии» и «психические расстройства» не следует понимать буквально. Одним из основных законов детской и подростковой психиатрии является положение о тесной связи психических расстройств с нарушением психического развития.

Еще в 1940 году Е.А. Осипова писала, что любой вредный фактор, действующий на организм, не закончивший своего физиологического роста, может привести к задержке развития.

Г.Е. Сухарева (1952) подчеркивала, что психические расстройства у детей и подростков протекают на фоне продолжающегося естественного психофизического развития, способствуют нарушениям этого развития и сами меняются при наличии изначальных девиаций психического развития, выступающего в этом случае как патологическая почва.

С точки зрения психологии А.С. Выготский (1924) сформулировал эту тесную связь психических расстройств и нарушений психического развития еще более определенно, считая это одной из основных закономерностей детской психиатрической клиники.

С этим положением нельзя не согласиться. А как же тогда быть с положением, содержащимся в самом 3 пункте статьи 20 — «отставание», не связанное с психическим расстройством? Возможно ли это? Возможно, если «отставание» определяется просто замедленным психическим созреванием, обусловленным генетикой, наследственностью, эндокринной системой, тяжелым соматическим заболеванием или социально-психологическими факторами (депривация, педагогическая и социальная запущенность, хроническая психогенная травматизация и пр.). Возможно, если отставание в развитии связано с экзогенно-органическими вредностями, которые других психических расстройств не вызвали. Возможно, если отставание в развитии не очень значительно, поскольку выраженное отставание или задержка в развитии является, как правило, составной частью более сложных клинических картин и/или сочетанием с психическими расстройствами.

Здесь следует отметить, что главным недостатком ч. 3 ст. 20 УК РФ является как раз неразрешимое противоречие в формулировке основного положения. Оно состоит в том, что «отставание» не должно быть связано с психическим заболеванием и, Вместе с тем должно быть выраженным настолько, чтобы исключалась возможность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими. Наличие интеллектуального и волевого критерия, как известно, возможно только при выраженном и даже тотальном отставании в развитии (а это и есть психические расстройства).

Не менее важно отметить, что в ч. 3 ст. 20 имеет место полная неопределенность в трактовке содержания понятия «отставание в развитии». Зато в двух основных «Комментариях» это понятие уточнено таким образом, что лишает введение пункта 3 всякого смысла. В «Комментариях» «отставание в развитии» идентифицировано с умственной отсталостью, «запущенностью». Оба положения неправильны. Умственная отсталость, или олигофрения, не может рассматриваться вне рамок психических расстройств, так как сама является их выражением. Она имеет свою клиническую характеристику, качественно отличную от «отставания» в развитии. Идентификация понятия «отставание в развитии» с «запущенностью» также неправомерна, так как педагогические издержки в воспитании не могут ограничивать возможности привлечения к уголовной ответственности.

Введение критерия «не в полной мере» для ч. 3 ст. 20 нам представляется неправомерным, поскольку сливает этот пункт со ст. 22 УК РФ. Было бы более правильно говорить о такой выраженности «отставания», при котором фактический психический возраст был бы меньше возраста уголовной ответственности. Здесь также необходимо уточнение. Если разница между паспортным и фактическим возрастом превышает 3 года (например, подростку по паспорту 17 лет, а фактически по развитию ему меньше 14 лет), задержка в развитии чаще всего связана с психическими расстройствами. Следовательно, применение ч. 3 ст. 20 целесообразно только в тех случаях, когда паспортный возраст подростка не превышает 15 лет.

Поскольку возраст уголовной ответственности может быть разным в зависимости от тяжести совершенных общественно опасных действий (14 и 16 лет), формулировка ч. 3 должна отражать и этот момент — «отставание в развитии 14–15-летнего подростка должно быть выражено настолько, чтобы фактическое развитие было ниже возраста уголовной ответственности (в зависимости от инкриминируемого деяния)».

Опубликованные «Комментарии» к УК РФ, применительно к ч. 3 ст. 20, содержат и другие спорные положения. Так, в ч. 2 отмечено, что для определения возраста несовершеннолетнего назначается судебно-медицинская экспертиза. Указанная экспертиза если и может определить возраст (зоны роста костей, состояние зубов и пр.), то только физический. Хорошо известно, что соответствие между физическим и психическим уровнями развития наблюдается далеко не всегда. Кроме того, определение физического возраста имеет весьма относительное значение. При судебно-психиатрической экспертизе возможности решения вопроса о соответствии психического развития конкретному фактическому возрасту весьма ограничены. Психологи утверждают, что имеющиеся в их распоряжении возрастные нормы соотнесены с возрастными периодами (например, период 12–16 лет), а не с конкретным возрастом. Поэтому ответить на вопрос, какому возрасту соответствует какое развитие, они не могут. Это также очень осложняет применение ч. 3 ст. 20. По-видимому, в будущем необходима научная разработка и этого вопроса.

В «Комментариях» указано также, что если в документации нет сведений о дне и месяце рождения, то днем рождения должен считаться последний день того же года. Соответственно, возраст уголовной ответственности может отличаться от паспортного возраста на значительный срок, вплоть до года. Вполне закономерно предположить, что более точно днем рождения (если он неизвестен) следует считать середину текущего года, тогда ошибка окажется в 2 раза меньшей.

Обобщая рассмотренные вопросы, попытаемся выделить главные положения.

1. Из содержания ч. 3 ст. 20 УК РФ должны быть исключены: а) олигофрения; б) педагогическая и социальная запущенность, если она не сопровождается психическим инфантилизмом; в) такие задержки психического развития, которые возникают как следствие органических поражений головного мозга, шизофрении и других психических расстройств.

2. Часть 3 ст. 20 должен касаться только состояний задержанного, замедленного психического развития в форме личностного парциального инфантилизма, связанного преимущественно с конституциональными, наследственными или социальными причинами (например, при психогенном травмировании, депривации, когда происходит лишение необходимых стимулов для нормального психофизического развития), культуральными и субкультуральными (особенности среды воспитания ребенка) факторами либо хроническими соматическими заболеваниями, способными повлечь замедление темпа развития. Эти состояния по своей глубине и выраженности нарушений должны быть «неболезненными» с клинической точки зрения и не должны достигать понятия «психическое расстройство». Выражением такого «отставания» являются частичная детскость психики, мотивации, поведения, недостаточная способность к прогнозированию, несамостоятельность и внушаемость, неспособность к критической оценке ситуации в целом и ее последствий. К этому ряду признаков относится и невыраженность «пубертатной психики», соответствующей паспортному возрасту.

3. Отставание в развитии должно оцениваться не вообще, а применительно к возрасту уголовной ответственности. Оно должно быть выражено настолько, чтобы фактическое развитие подростка было ниже, чем это соответствует возрасту уголовной ответственности. Это само по себе исключает необходимость определять, в полной или не в полной мере мог несовершеннолетний осознавать... Если разница между паспортным возрастом и фактическим уровнем психического развития больше 3 лет, то задержка развития, скорее всего, окажется сопряженной с психическими расстройствами. В таких случаях применение ч. 3 ст. 20 следует считать неоправданным.

4. Вопрос суда и следствия к экспертам о применении ч. 3 ст. 20 должен быть сформулирован следующим образом: 1) имеется ли у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, ограничивающее его способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими во время совершения общественно опасного деяния?

5. Если вопрос о применении ч. 3 ст. 20 УК РФ решен положительно, то вопрос о вменяемости решать не следует, поскольку подросток рассматривается как не подлежащий привлечению к уголовной ответственности.

6. Вопрос о применении ч. 3 ст. 20 должен решаться комплексной психолого-психиатрической экспертизой, в которой психиатр и психолог обладают равными правами. Если проведение комплексной СППЭН невозможно по техническим причинам, то рекомендуется вначале провести судебно-психиатрическое освидетельствование для исключения психических расстройств и лишь затем — судебно-психологическую экспертизу.

7. Окончательное решение вопроса о применении ч. 3 ст. 20 входит в компетенцию прокуратуры или суда.

8. В случаях применения ч. 3 ст. 20 УК РФ необходимо рекомендовать меры принудительно-воспитательного характера (в соответствии со ст. 90 УК РФ) или меры психолого-педагогической коррекции в соответствующих учреждениях для подростков. К настоящему времени все эти положения еще не оформлены как нормативный акт.

В настоящее время специалисты ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава выступают с инициативой внесения поправок в действующее законодательство, применительно к ч. 3 ст. 20 УК РФ. Основанием для этого стали многочисленные разночтения и толкования этой статьи, а также методологические нарушения, связанные с неправомерным применением этой формулы закона на практике — от расширенного применения до ее игнорирования вообще. Причем такого рода нарушения и разночтения допускались как экспертными комиссиями, так и судами. Ведущий подростковый психолог ГНЦССП им. В.П. Сербского Е.Г. Дозорцева (2006) предложила новую оригинальную формулировку ч. 3 ст. 20 УК РФ, заслуживающую своего межведомственного обсуждения с целью последующего правоприменения: *«Не подлежит уголовной ответственности несовершеннолетний, который достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, но вследствие возрастной личностной незрелости во время совершения общественно опасного деяния не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. В* *этом случае несовершеннолетнему судом могут быть назначены принудительные меры воспитательного воздействия, предусмотренные настоящим Кодексом, либо помещение в специальное воспитательное или лечебно-воспитательное учреждение для несовершеннолетних».* Таким образом, намечается необходимое и закономерное смещение акцентов в этой правовой формуле с применением юридического критерия *«не мог осознавать», аналогичного статье* *21 УК* *РФ (невменяемость), а не критерия «не в полной мере…» статьи* *22 («ограниченная вменяемость»).*

Статья 22 УК РФ (1996), так же как и ч. 3 ст. 20, является новой для отечественного уголовного законодательства, так как вводит (хотя и не называет) понятие, близкое к тому, что понимается под ограниченной вменяемостью.

Действительно, благодаря ст. 22 УК РФ появилась возможность учитывать и квалифицировать так часто встречающиеся психические расстройства, не исключающие вменяемости, но затрудняющие, ограничивающие способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими.

Такая трактовка ст. 22 соответствует взгляду Ю.М. Антоняна и С.В. Бородина (1987) на «уменьшенную вменяемость», которая, по их мнению, должна рассматриваться как составная часть вменяемости, а не как промежуточное звено между вменяемостью и невменяемостью, как самостоятельная категория в отношении понятия «вины» и «степени вины». Она является обстоятельством, смягчающим уголовную ответственность, но не имеет самодовлеющего значения и учитывается судом в совокупности с другими данными и обстоятельствами, характеризующими преступление и личность подсудимого. Она может иметь уголовно-правовое значение для определения режима содержания осужденного и назначения ему принудительного лечения. Последнее обстоятельство пока можно понимать условно, так как специальных учреждений типа прежних «аднексов» у нас нет, а проведение лечения в местах лишения свободы наталкивается на разные проблемы (отсутствие специалистов, оборудования и пр.).

Статья 22 УК РФ не является специфической для подросткового возраста, но часто применяется к несовершеннолетним и имеет свои «возрастные» особенности.

По отношению к несовершеннолетним ст. 22 начала применяться только после введения нового уголовного кодекса, но по существу вопрос о том, в полной ли мере несовершеннолетний мог понимать значение своих действий и руководить ими, на практике решается уже много лет, в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Напомним, что указанный вопрос, наряду с вопросом о соответствии психического развития паспортному возрасту — это два основных вопроса в таких комплексных экспертизах. Их число сейчас резко возрастает. Анализ наблюдений и практический опыт показывают, что в подростковом возрасте важны не столько признаки, определяющие нозологическую принадлежность, сколько показатели, отражающие многоуровневость клинических картин, характерных для пубертатного периода. Особого внимания заслуживает симптоматика, связанная с дизонтогенезом и асинхрониями созревания, что и подтверждается настоящим клиническим материалом (задержки интеллектуального и личностного развития, задержанное развитие в виде инфантилизма и др.), а также с клиникой личностного уровня психических нарушений, искажениями психологического криза созревания, подростковой психопатологией и пр. При таком подходе к пониманию ограниченной вменяемости найдет отражение возрастная специфика психиатрической клиники. Основным при выделении этих критериев должен быть следующий принцип: эти психические отклонения должны затруднять самоконтроль, осознание, адаптацию, способность к прогнозированию и критическому восприятию собственной личности и принятых в обществе норм поведения. Некоторые клинические критерии сопоставления невменяемости и ограниченной вменяемости при основных психических расстройствах у подростков представлены ниже (табл. 6.1).

Таблица 6.1

**Сопоставление клинических критериев невменяемости и ограниченной вменяемости при основных психических расстройствах у подростков**

|  |  |
| --- | --- |
| **Клинические критерии невменяемости** | **Клинические критерии ограниченной вменяемости** |
| 1 | 2 |
| Применение ст. 21 УК РФ | Применение ст. 22 УК РФ |
| **Инфантилизм** | |
| 1. Выраженная дисгармоничность инфантилизма до уровня диссоциированности, исключающая возможность коррекции своего поведения | 1. Дисгармония в структуре инфантилизма, которая влияет на поведение, но не исключает полностью возможности самоконтроля и самокоррекции |
| 2. Тотальность психического инфантилизма с незрелостью во всех сферах и ее крайней неравномерностью, детский характер поведения и интересов | 2. Парциальность инфантилизма, его преимущественно личностный характер, наличие психопатических и психопатоподобных проявлений, затрудняющих адаптацию |
| 3. Преобладание в структуре инфантилизма свойств психики ребенка (выявление незрелости в детском возрасте) | 3. Преобладание в структуре инфантилизма свойств ранней пубертатной психики в связи с более поздним его выявлением (препубертат, ранний пубертат) |
| 4. Сочетание психической ретардации (задержанное развитие) с признаками задержек развития (по типу органического или псевдоорганического дефекта), определяющие более глубокий уровень нарушений | 4. Признаки задержки развития отсутствуют или минимальны, в связи с чем больше выявляется аномальность, а не дефект психики |
| 5. При преобладании личностного инфантилизма основное место занимает незрелость волевых функций | 5. В структуре личностного инфантилизма преобладает незрелость в сферах эмоциональности и реагирования |
| 6. Отсутствие тенденции к нивелированию инфантилизма (по сравнению с детством), постепенно усиливается его неравномерность | 6. Наличие регредиентной динамики (по сравнению с детством). Инфантилизм становится все более парциальным |
| 7. В структуру волевой незрелости входят: выраженная стойкая внушаемость, подражательность, тенденция к идентификации себя с кем-либо из окружающих (психическое индуцирование). Принятие решения отличается инфантильной импульсивностью, отсутствуют внутренняя переработка побуждения и борьба мотивов. Волевой самоконтроль резко нарушен | 7. Волевая незрелость парциальна. Внушаемость проявляется не всегда, а в основном в ответ на аффективно значимые для ребенка стимулы (лица, события) или в стрессовых ситуациях. Борьба мотивов может иметь место, но отличается поверхностностью, зависимостью от степени аффективной охваченности доминантным представлением. Желание совершить какое-либо действие мотивировано гедонистически. Волевой самоконтроль нарушен, но не отсутствует |
| 8. Не развита способность к прогнозированию последствий своих действий, к критической самооценке | 8. Неспособность к отсрочке удовольствия, сиюминутных побуждений, отсутствие учета системы запретов при понимании недозволенности, наказуемости тех или иных действий, ослабление способности задумываться о последствиях совершаемого или игнорирование принятых норм поведения |
| 9. Характерность сочетания психического инфантилизма с симптоматикой, преимущественной для возраста (синдромы патологического фантазирования, патологических сверхценных образований, патологических влечений), определяющей патологическую мотивацию поведения | 9. Сочетание с указанными синдромами встречается систематически, склонность к фантазированию или сверхценным образованиям влияет на поведение, но сами эти феномены носят больше психологический характер (усиленное детское фантазирование, тенденция к доминирующим представлениям, идеалам, могущих влиять на поведение, но не определять его) |
| 10. В связи со значительно задержанным пубертатом слабое звучание психологического криза созревания | 10. Кризовая симптоматика на личностном уровне выражена отчетливо (оппозиционность, максимализм в оценках, черствость, склонность к реакциям протеста, отказа) |
| **Гебоидные состояния** | |
| 1. Наличие полного набора признаков гебоидных расстройств и их выраженность, исключающая способность руководить своими поступками, в рамках шизофрении, патологического пубертатного криза. | 1. Редуцированный вариант гебоидных состояний, отсутствие целостной структуры в рамках психологического и дисгармонического пубертатного криза, формирующихся психопатий, неглубоких ранних резидуально-органических состояний, затрудняющих адаптацию и нарушающих поведение |
| 2. Карикатурный характер психологического криза созревания как облигатный признак включает сверхценное стремление к самоутверждению, грубую оппозицию, выраженную апатию — холодность и жестокость к близким, полное игнорирование норм морали и нравственности, безжалостность, склонность к импульсивной агрессии, гротескное увлечение всем, что связано с насилием. Все эти явления выражены настолько, что делают поведение бестормозным, некорригируемым | 2. Выраженный психологический криз созревания, в клиническом оформлении которого принимают участие и социально-психологические неблагоприятные факторы. Отмечается отчетливая зависимость выраженности от ситуации, окружения. Не выражена эмоциональная дефицитарность. Адаптация нарушена, но способность к осознанию и коррекции более полноценна |
| 3. Психосексуальное созревание нарушено по типу дисгармонической акселерации, грубая сексуальная расторможенность, систематическое «коллекционирование» партнеров, частота истинных расстройств влечений, сопряженность их с аффективными пароксизмами | 3. Психосексуальная инфантильность, сексуальные расстройства «вырастают» из нарушений поведения, закрепляются рефлекторно, не связаны жестко с аффективными колебаниями |
| 4. Типичность спонтанных аффективных расстройств по типу фаз дисфорического характера, частота дисфорических, сенестопатических, ипохондрических депрессий. Как правило, сопровождаются расстройствами влечений | 4. Аффективные нарушения характерны, но ближе к кратковременным колебаниям настроения по дисфорическому типу. Сопровождаются расторможенностью влечений, но без признаков неодолимости последних. Существенно влияют на поведение, совершение криминальных поступков |
| 5. Сопряженность с пубертатной психопатологией (патологическое фантазирование, сверхценности, сензитивные идеи отношения), имеющей определенное содержание (сверхценные идеи убийства, садистско-агрессивное фантазирование). Все это определяет патологическую мотивацию поведения | 5. Возрастные психологические особенности, склонность к фантазированию, к образованию доминирующих комплексов не достигают степени психопатологических расстройств, но оказывают существенное влияние на поведение, мотивы криминальных действий |
| 6. Грубые нарушения критики и способности к коррекции | 6. Критическое осмысление своих особенностей ослаблено, как и способность к коррекции |
| 7. Стойкость гебоидных расстройств | 7. Регредиентный характер клинических расстройств и усиление социально обусловленных проявлений реагирования и поведения |
| 8. Сочетание с выраженными расстройствами, характерными для той или иной нозологии (изменения личности по органическому, шизофреническому типам) | 8. Редуцированные гебоидные нарушения сочетаются с разными вариантами аномальных клинических структур или исчерпывают клиническую картину |
| **Психопатические и психопатоподобные состояния** | |
| 1. Тотальный и стойкий характер личностных нарушений с выраженной дисгармоничностью эмоционально-волевых проявлений | 1. Парциальность и изменчивость личностных отклонений при наличии эмоционально-волевых нарушений |
| 2. Брутальность и некорригируемость аффекта с безудержной жестокостью, накоплением отрицательных эмоций и тенденцией к реализации мести. Склонность к тяжелым дисфорическим расстройствам настроения и состояниям декомпенсации | 2. Кратковременные и неглубокие дистимические и дисфорические эпизоды с возможностью корригирования своего поведения |
| 3. Частые и неадекватные неспецифически возрастные реакции протеста, носящие патологический характер | 3. Неспецифически возрастные формы реагирования не носят патологического характера |
| 4. Стойкие расстройства влечений с импульсивными поступками на фоне дисфорических расстройств | 4. При отклонениях в сфере влечений преобладают социализированные формы, отсутствуют признаки неодолимости и импульсивности, пароксизмальные аффективные расстройства |
| 5. Некорригируемость поведения с отсутствием адекватных реакций на повторные наказания. Поступки отличаются импульсивностью, отсутствием борьбы мотивов, страдает волевой контроль | 5. Доступна возможность коррекции своего поведения, хотя при этом преобладает неустойчивость мотивации (инфантильного или развлекательного содержания) |
| 6. Утрированный психологический криз созревания вплоть до появления компонентов гебоидности в поведении, растянутость негативной фазы, гротескные проявления которой прослеживаются и по ее окончании, незавершенность созревания и в период позитивной фазы | 6. Психологический криз отличается слабой выраженностью, в связи с наличием признаков психической незрелости протекает в рамках возрастного периода, в ряде случаев отличается дисгармоничностью |
| 7. Отмечаются утилитарный характер интересов и потребностей, неспособность к установлению интерперсональных отношений, невыработанность ком­пенсаторных механизмов, несостоятельность в практической жизни | 7. Неустойчивый круг интересов с преобладанием их в сфере потребностей с завышенными притязаниями |
| 8. Выраженная социальная дезадаптация в большой мере связана с нарушениями волевого контроля и критических способностей | 8. Имеет место неустойчивая (неполная) социальная адаптация при некотором ослаблении компенсаторных механизмов, возможности к установлению межличностных отношений, са­мооценке и прогнозу |
| 9. Динамика связана с нозологической принадлежностью, чаще носит неблагоприятный характер, в особенности при органических поражениях головного мозга и шизофрении, усложняется за счет нарастания психоорганических и процессуальных изменений, выраженности психоэндокринного сдвига в пубертате | 9. Динамика зависит от нозологической принадлежности и чаще имеет регредиентный характер при резидуально-органических состояниях и психопатии, хотя отдельные проявления психологического криза созревания или психической незрелости могут оставаться на длительный период |

Необходимо подчеркнуть, что формула «ограничение способности осознавать характер и общественную опасность своих действий или руководить ими» с клинической точки зрения неопределенна и потому требует дополнительных разработок.

Одним из подходов является выделение соответствующих клинических признаков, опирающихся на критерии невменяемости, разработанных по отношению к одним и тем же состояниям. В качестве примера такого подхода приводим клинические критерии для трех патологических состояний, которые являются, во-первых, изоморфными, то есть встречающимися при разных нозологических формах; во-вторых, самыми универсальными в подростковом возрасте; в-третьих, отражающими одновременно возрастной психопатологический, личностный и дизонтогенетический уровни нарушений. Как видно из таблицы 6.1, применение ст. 22 возможно при определенной степени выраженности разных психических расстройств. Нарушение психического развития (дизонтогенез) даже в форме инфантилизма также может рассматриваться как психическое расстройство, если имеет место указанная клиническая характеристика.

Подчеркиваем еще раз, что именно приведенный в указанной таблице уровень психических расстройств может не исключать, но «ограничивать способность в полной мере»... Этот критерий оценки для ст. 22 является адекватным, в отличие от ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Основной задачей судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних (СПЭН), как и СПЭ в целом, является правильная квалификация психического состояния, включающая в себя констатацию (или исключение) психических расстройств, определение их нозологической или синдромологической принадлежности (диагностика) и степени их выраженности, патологичности (критерии судебно-психиатрической оценки). Решение каждого из этих вопросов невозможно или крайне затруднено без знания не только возрастной специфики подростковой психиатрической клиники, но и особенностей нормального психологического развития на всех этапах онтогенеза.

Роль возрастного фактора в развитии и клиническом оформлении психических расстройств доказана многочисленными исследованиями. В наиболее интересующее нас время — подростковый возраст — мы имеем дело не с обычным возрастным отрезком, а с периодом, наиболее значительным и ответственным для формирования личности, периодом бурного психоэндокринного созревания, обозначаемого как пубертатный криз (12–18 лет). Основу этого криза составляет незаконченное, очень интенсивное и неравномерное созревание органов и систем, обусловливающее повышенную реактивность и хрупкость нервно-психической организации. Установлено, что чем более неравномерно, дисгармонично или асинхронно протекает пубертат, тем вероятнее его участие в патогенезе психических расстройств.

Роль пубертатного криза в развитии психической патологии может быть различной — от преципитирующей (то есть подталкивающей развитие болезни, начавшейся еще в детстве), патопластической до причинной, этиопатогенетической. Именно в этот период проявляются или обостряются хронические психические болезни, возникают декомпенсации ранних резидуально-органических состояний, происходит бурное формирование психопатий и психопатоподобных состояний, учащение психогенных реакций, начинаются психогенные и невротические развития личности, выявляется эпилепсия и прочее.

Однако анализ только подросткового (пубертатного) периода в отрыве от предшествующих этапов онтогенеза может не только затруднить диагностику, но и исключить возможность правильной квалификации психического состояния несовершеннолетнего правонарушителя.

Знакомство с возрастной периодизацией, изучение которой позволило ученым выявить целый ряд важных закономерностей, совершенно необходимо для понимания генеза психических расстройств, и начальной, часто малодифференцированной, симптоматики психических заболеваний, а также для знания динамики их становления. Вместе с тем нельзя не отметить, что имеющиеся в литературе фактические данные о нормальной психологии каждого возрастного этапа весьма противоречивы.

## 6.3. Понятие уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых подростков[[2]](#footnote-2)\*

Правовой подход к подросткам-правонарушителям начал осуществляться с того времени, когда в разных странах было введено уголовное законодательство для несовершеннолетних, ознаменовавшее собой в том числе появление понятия «возраста уголовной ответственности». Причем в разных странах последний понимается до сих пор неодинаково. Наиболее полно этот правовой подход сформулирован в международных согласительных документах (Минимальные стандартные правила ООН, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних, — «Пекинские правила», 1985; Конвенция ООН о правах ребенка, 1989). Вступивший в силу Уголовный кодекс РФ (1996) также содержит ряд новых положений, направленных на законодательное регулирование прав несовершеннолетних обвиняемых.

Введение в УК РФ таких статей как 20, 96 означает качественный скачок в уголовном законодательстве для несовершеннолетних: впервые сформулировано с точки зрения права положение о значении уровня психического развития (а не только собственно возраста) для решения вопроса об уголовной ответственности несовершеннолетних. Не менее значительно нововведение (ст. 22), касающееся ограниченной вменяемости. Следует отметить, что практическая потребность в оценке психических расстройств, не исключающих вменяемости, обусловила длительное (на протяжении ряда лет) фактическое ее применение в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Тем самым был создан прецедент, когда законодательно закрепляется то, что рождено практикой. По-видимому, этот путь от практики к теории и законодательству вполне закономерен.

В настоящее время существуют тенденции к последовательному расширению процессуальных прав обвиняемых, усилению их процессуальных гарантий и росту внимания правоохранительных органов к личности несовершеннолетнего, все более отчетливой становится практическая потребность в оценке психического состояния обвиняемых подростков в период предварительного следствия и судебного разбирательства, то есть, по существу, в оценке уголовно-процессуальной дееспособности (УПД). Понятие УПД отсутствует в действующем УПК (пока не планировалось его введение и в проект нового УПК РФ), чему соответствует и полная неразработанность этой проблемы в отношении несовершеннолетних обвиняемых.

Однако в некоторых исследованиях, посвященных разработке проблемы УПД, сформулированы и определения процессуальной дееспособности. Так, по мнению юриста П.В. Полоскова (1985), «уголовно-процессуальная дееспособность любого лица — это признанная уголовно-процессуальным правом психическая и физическая способность лица к самостоятельному совершению процессуальных действий или участию в них, то есть сознательное использование своих процессуальных прав и процессуальных обязанностей».

Ю.Л. Метелица (1988), имея в виду уголовно-процессуальную недееспособность, говорит о «неспособности понимать характер и значение правонарушения, своего процессуального положения и самостоятельно осуществлять свои процессуальные права и обязанности».

В.В. Горинов и Е.В. Королева (1997) дополнили определение П.В. Полоскова. По мнению этих исследователей, к условиям осуществления прав и обязанностей участников процесса относятся: возраст субъекта, «нормальное» состояние его психики, достаточное физическое здоровье. Авторы уточнили и формулировку понятия процессуальной недееспособности: «Психические расстройства влекут такие патологические изменения в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, что мешают субъекту процесса активно участвовать в процессуальной деятельности, самостоятельно осуществлять свои права и нести обязанности, а также защищать свои законные интересы».

В УПК (1990 г.; глава 32, раздел 7) законодательно закреплены основные права несовершеннолетних в период судебного разбирательства. Причем речь идет и о том, что даже за явку несовершеннолетнего к следователю или в суд несет ответственность не он сам, а родители или его другие законные представители (опекуны, попечители, руководители закрытых учебных учреждений), которые обязаны присутствовать на всех судебных заседаниях и имеют право на участие в исследовании доказательств по делу, на представление доказательств, заявление ходатайств, отводов, на знакомство с обвинительным заключением. Также оговаривается, что несовершеннолетним обязательно назначается адвокат. Таким образом, уже из формулировок статей этого раздела УПК видно, что процессуальная дееспособность несовершеннолетних расценивается, по существу, как неполная, ограниченная. Это касается всех несовершеннолетних, а не только лиц с психическими расстройствами, и для полноценного осуществления процессуальных прав несовершеннолетним нужна помощь. Все это касается лиц до 16 лет, а при наличии умственной отсталости и старше. С учетом частоты социогенно задержанного, ретардированного психического развития у подростков-правонарушителей ограниченная процессуальная дееспособность может констатироваться весьма часто и у лиц без психических расстройств. Однако самого факта возраста несовершеннолетия или несоответствия психического развития паспортному возрасту недостаточно, чтобы судить о процессуальной дееспособности. Необходима разработка критериев ее оценки.

С потребностью в решении вопроса об УПД обвиняемых подростков судебно-психиатрический эксперт сталкивается повседневно. Последние годы все чаще юристы ставят перед экспертами вопрос, по сути, о «вменяемости несовершеннолетнего в настоящее время». По-видимому, судебно-следственные органы вынуждены использовать это понятие, поскольку более адекватное понятие — «процессуальная дееспособность» — в УПК и в УК пока не указано. Однако это неравноценная замена, тем более что понятие вменяемости жестко привязано к периоду (в некоторых случаях — моменту), относящемуся к криминальному поступку, а не к «настоящему времени».

Судьи или следователи, обращаясь к судебно-психиатрическим экспертам, все чаще спрашивают о «способности» обвиняемого подростка в настоящее время в полной мере «осознавать» («воспринимать», «понимать» и т. п.) обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Отдельно ставятся вопросы о степени выраженности психических нарушений, о психической незрелости субъекта, отставании в развитии, склонности к вымыслам, фантазиям и самооговорам.

Совершенно очевидно, что юристами предпринимаются попытки получить ответ об УПД обвиняемого лица, хотя конкретные вопросы, не подкрепленные действующим законодательством, звучат несколько некорректно. По своим формулировкам они аналогичны не только вопросам о вменяемости лица в отношении совершенного им ООД, но затрагивают также способность к пониманию ситуации в период следствия и суда. Смысловая и процессуальная неразбериха возникает потому, что единая концепция УПД обвиняемого еще окончательно не разработана, соответственно, отсутствуют и четкие критерии УПД.

Важность изучения УПД несовершеннолетних определяется как теоретической, так и практической значимостью данной проблемы. Ее разрешение, с одной стороны, означает признание и гарантию процессуальных прав несовершеннолетних и определяет включение данного понятия в УПК, а с другой — позволяет более полно оценивать психическое состояние несовершеннолетних, дифференцированно относиться к их показаниям и оценкам в периоды предварительного следствия и судебного разбирательства, включая период экспертизы, а также при назначении им принудительных мер социального или медицинского характера.

Некоторые аспекты УПД обвиняемых подростков тесно связаны с особенностями психического развития и возрастной спецификой психических расстройств. Уже подчеркивалось, что даже непатологические отклонения в психическом развитии могут существенно влиять на решение вопроса об УПД. Речь идет о нетяжелых асинхрониях развития разного генеза, включая в основном социогенные (социальные депривации, госпитализм, педагогическая и социальная запущенность и пр.), которые усугубляют ту естественную возрастную психическую незрелость, учитываемую уголовным законодательством для несовершеннолетних. В этот же ряд входят состояния, связанные с нарушением динамики психического развития: замедление темпа созревания и его пролонгированность, смещение возрастных этапов развития, «скачкообразность» процессов созревания. Иными словами, речь идет в основном о количественных, а не о качественных девиациях развития. Вместе с тем такие черты психической незрелости как превалирование игровых интересов и игровой мотивации поведения, волевая неорганизованность, несамостоятельность, внушаемость, эгоцентризм, склонность к вымыслам, фантазированию, оговорам и самооговорам, незрелость оценок и прогноза имеют несомненное значение для решения вопроса о возможности осуществлять свои права и обязанности в период следствия и судебного разбирательства.

Патологические уровни нарушения психического развития (психический дизонтогенез) предполагают наличие определенных очерченных клинических картин, клинической и возрастной динамики. Этот ряд, начинающийся с наиболее легких расстройств и заканчивающийся самыми тяжелыми, включает полный и парциальный, общий и личностный психический инфантилизм (задержанное развитие), частичное психическое недоразвитие разного генеза (задержки развития), особенности нарушений развития при физических дефектах органов восприятия (дефицитарное развитие), особенности нарушенного развития при детской шизофрении (диссоциированное развитие), тотальное недоразвитие (умственная отсталость) разной степени выраженности и др. Клиническое содержание этих расстройств, естественно, различно. Среди них наибольшее значение имеют: несоответствие развития паспортному возрасту, детская психика; несформированность личностных позиций, установок; особенности внимания, восприятия, запоминания; недостаточная последовательность в изложении событий; снижение способности проанализировать, обобщить и оценить происходящее, свои взаимоотношения с окружающим; внушаемость; склонность к индуцированным расстройствам, к дезорганизации психической деятельности, к реакциям растерянности, кататимной амнезии (запамятование неприятных событий), ситуационному утяжелению личностной тормозимости, синдромов детского аутизма и негативизма, а также склонность к вымыслам, патологической лживости, фантазированию, перевоплощению; трудность в установлении контактов; нарушение критических и прогностических способностей; неспособность к волевой регуляции поведения.

Эти нарушения чаще всего являются стойкими (во всяком случае, по отношению к периодам совершения ООД, предварительного следствия и суда). Среди их особенностей необходимо подчеркнуть склонность к психогенному, ситуационному утяжелению и усугублению психической дефицитарности, что нередко наблюдается в судебно-следственной ситуации. Последнее может неправильно расцениваться как истинная глубина интеллектуальной недостаточности, что может исказить адекватное решение вопроса о вменяемости-невменяемости.

Вместе с тем для решения вопроса об УПД необходимо учитывать именно утяжеленное психическое состояние, так как оно определяет способность правильно ориентироваться и адекватно оценивать ситуацию следствия и суда, давать правильные показания по делу, самостоятельно защищать себя. Особенное значение имеют такие динамические характеристики у испытуемых с умственной отсталостью, как утяжеление психической несостоятельности, декомпенсации; склонность к реакциям растерянности; усугубление у них аутистических и тормозимых тенденций. В тяжелых случаях речь может идти о полной потере продуктивного контакта и впечатлении большей глубины умственной отсталости, чем это есть на самом деле, что предопределяет решение вопроса о процессуальной недееспособности. К оценке психического недоразвития в целом следует относиться очень осторожно еще и потому, что усугубление этой симптоматики может вуалировать другую психопатологию (например, при шизофрении), если нарушения развития сопутствуют другому психическому заболеванию.

Некоторые новеллы УК, в частности ст. 20 (ч. 3) и 22, а также практическая работа в СПЭН вынуждают экспертов решать не оговоренные законодательством задачи. Так, вполне адекватным является применение критериев ст. 22 УК РФ в связи с выявлением у подэкспертного подростка некоторых негрубых признаков дизонтогенетической детерминации психических расстройств (задержка или дисгармония созревания, некоторое отставание в психическом и физическом развитии, проявления синдрома психического инфантилизма и др.) в сочетании с ослаблением прогностических, критических функций.

Как правило, спустя несколько месяцев после совершенного правонарушения (но иногда этот период затягивается до 3–4 и более лет) обвиняемый подросток подвергается судебно-психиатрическому освидетельствованию. Эксперты, оценивая его психическое состояние в период содеянного и не находя какой-либо существенной положительной динамики в когнитивном, интеллектуальном, волевом, общем психическом и физическом частичном недоразвитии, дают заключение, что несовершеннолетний «не мог в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими», однако это не исключает вменяемости субъекта. Таким образом, лицо подпадает под действие ст. 22 УК, под этим и подразумевается его «ограниченная вменяемость». А как быть с УПД такого обвиняемого? Гипотетически в полной мере осуществлять все свои процессуальные права он не может. Указанные «психические недостатки», например, могут повлиять на способность к доказательным построениям, на способность давать последовательные (и правильные) показания и др. Отдельные юристы (Щерба С.П., 1975) отмечали, что обвиняемый (имелся в виду совершеннолетний субъект) с психическими (и физическими) недостатками не может использовать все свои процессуальные права и его участие в процессуальной деятельности ограничено. Соответственно, защитить свои интересы в суде подросток с «психическими недостатками», тем более в полной мере, не сумеет.

К проявлениям психического дизонтогенеза отдельно следует отнести также нарушения процесса психического созревания в период пубертатного криза, обусловливающие разные клинические формы его девиаций. Особое значение этих нарушений связано с тем, что период несовершеннолетия (до 18 лет) в основном совпадает с пубертатным кризом (12–18 лет). Так, *«психологический пубертатный криз»* с типичным для него заострением «подростковой психики» (негативизм, отчуждение от близких, максимализм в оценках, неправильная самооценка, отказ от прежних авторитетов и сотворение «новых кумиров» и пр.) не расценивается как патология, но охватывает личностный спектр аномальности и соответственно должен учитываться при решении вопроса об УПД. Второй вариант пубертатного криза — *«дисгармонический пубертатный криз»* включает все личностные расстройства, которые наблюдаются при психопатиях, но отличаются привязанностью только к пубертатному периоду. Третий вариант — *«патологический пубертатный криз».* Здесь сочетаются нарушения возрастного созревания с подростковой психопатологией (патологическое фантазирование, сверхценные образования, сензитивные идеи отношения, метафизическая интоксикация, расстройства влечений, аффективные расстройства, анэтия). Наиболее патологичным выражением этого варианта являются гебоидные состояния. Для всех этих патологических проявлений не характерна интеллектуальная недостаточность, но тяжесть клинической картины определяется многообразными, а в части случаев глубокими, возрастными расстройствами личностного регистра, тенденцией к периодическим утяжелениям состояния, частотой случаев, когда описанная клиническая картина, внешне нозологически нейтральная, оказывается лишь возрастной маской исподволь развивающегося шизофренического процесса.

Среди хронических психических заболеваний, нечасто встречающихся в подростковой судебной психиатрической практике, основное место занимает шизофрения. До сих пор сама констатация шизофрении определяет не только признание несовершеннолетнего невменяемым, но и практическое отстранение его от судебного процесса (ведь согласно Постановлению № 4 ПВС (от 26.04.1984 г.) показания невменяемого лица не могут рассматриваться как источник доказательств по делу). Это оправдано лишь частично (редкость возможности констатации полной и стойкой ремиссии из-за ограниченности времени от начала процесса). Вместе с тем существуют случаи, когда вопрос о вменяемости и УПД может решаться положительно. Речь идет о неврозоподобном или психопатоподобном начале болезни, о перенесенном единственном шубе, не оставившем видимых изменений (отсутствие признаков нарушенного психического развития и дефицитарности, способности к обучению и приобретению профессии, нарушений социальных связей). Особое место занимает так называемый «инициальный деликт» Е. Странского и «криминальная манифестация» Н.Н. Оспановой, как проявление кратковременных психических расстройств, сопровождающихся криминальными поступками. В этих случаях правомерно признание несовершеннолетнего невменяемым, при сохранности у него процессуальной дееспособности.

Среди очень частой патологии в подростковом возрасте — психогенные расстройства. Рассмотрим лишь индуцированные состояния. Если в таком болезненном состоянии совершается ООД, то естественно, подросток признается невменяемым. Решения в отношении УПД в этих случаях могут быть разными. Следует учитывать тенденцию к обратной динамике индуцированных расстройств, в условиях своевременной изоляции от индуктора. Важно определить, на какой период следствия или судебного разбирательства распространяются индуцированные расстройства, и когда можно говорить о частичном или полном восстановлении психического функционирования.

В контексте приведенных рассуждений могут быть рассмотрены некоторые клинические наблюдения и обсуждены не отраженные в действующем сегодня уголовно-процессуальном законодательстве отдельные экспертные формулировки.

Наблюдение 1. *Подросток А. с признаками резидуальной церебрально-органической недостаточности травматического генеза, относительно психически незрел, несколько внушаем, не всегда принимает самостоятельные решения, а в отдельных поступках обнаруживает зависимость от некоторых значимых субъективно авто­ритетов. Один из которых, совершеннолетний с многолетним криминальным прошлым, не только втянул А. в совершение преступления, но и «подсказал» версию «верного» поведения на период уголовного расследования по делу. Поэтому, А. изначально практически чуть не стал инициатором нападения и «автором» последующего убийства. Причем даже законный представитель А. в суде не сумел повлиять на его показания. Он оказался неавторитетен и субъективно не значим. Однако после длительного участия в судебном разбирательстве обвиняемый подросток выявляет признаки замешательства, растерянности, начинает путаться в своих прежних показаниях, на одни и те же вопросы отвечает «да», «нет». Сбивчивые ответы позволяют суду заподозрить наличие психического расстройства, усомниться в достоверности прежних показаний и, следовательно, в УПД обвиняемого А. Однако с учетом имеющихся психических расстройств у А. СПЭ комиссия дает заключение о том, что он подпадает под действие ст. 22.*

В подобном случае допустимо говорить, что «А., подпадающий под действие ст.22., в настоящее время огра­ниченно процессуально дееспособен, поэтому он не может в полной мере осуществлять свои процессуальные права, самостоятель­но участвовать и отстаиваить свои интересы в судопроизводстве». И также, «А. не может в полной мере воспроизводить все обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания в уголовном процессе». Такие разъяснения, вероятно, позволят суду учитывать некоторую необъективность, непоследовательность, противоречивость и лишь относительную достоверность показаний отдельных обвиняемых несовершеннолетних.

Наблюдение 2. *К моменту совершения правонарушения Б. исполнилось 15 лет. В период длительного уголовного расследования, судебного разбирательства ему были проведены две амбулаторные и одна стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертизы. Врачи отмечали некоторую интеллектуальную дефицитарность, но ее генез и степень выраженности расстройств оценивали по-разному — «резидуальное церебрально-органическое поражение», «врожденное малоумие», «задержка психического развития». Констатировав явные противоречия не только в нозологических, но и экспертных оценках, суд вынес определение провести повторную стационарную КСППЭ в Центре им. В.П. Сербского, куда Б. поступил по достижению 19 лет. В таком случае психическое состояние Б. в период совершенного им ООД экспертами оценивалось преимущественно ретроспективно. Объективные данные, ранняя меддокументация, показания свидетелей позволяли дать заключение о вменяемости Б. Однако отмечаемые психическая незрелость, некоторая интеллектуальная недостаточность, слабость волевой регуляции, частичное снижение критики в тот период, позволяли рекомендовать к Б. применение критериев ст. 22.*

Как правило, в течение 4 лет у большинства подростков прослеживается закономерный физиологический (сомато-эндокринный) скачок в развитии, эволютивный сдвиг в психическом и физическом созревании. У Б. также наблюдалась положительная динамика не только в общем психическом развитии (нивелировка эмоционально-волевых, поведенческих отклонений; появление адекватной самооценки, склонности к анализу своих поступков; достаточность прогноза и критики), но и в процессе социализации (находясь под подпиской о невыезде, он трудоустроился, положительно характеризовался). Проделанная положительная динамика развития, естественный процесс психического «дозревания» не позволяют говорить, об ограниченной УПД Б. в настоящее время (суд спрашивал именно об этом). В настоящий период такой подросток «способен в полной мере к осознанию и пониманию своих действий и поступков», он также «может в полной мере осуществлять свои процессуальные права и обязанности».

В некоторых случаях психологические особенности подростка, личностная незрелость, обусловленные формирующейся психопатией, находят свое отражение как в исследуемой ситуации противоправного акта, так и в уголовном процессе. Но их диагностическая, экспертная и процессуальная оценки обосновываются по-разному.

Наблюдение 3. *Подросток С. с проявлениями формирующегося расстройства личности (истероэксплозивный тип) со склонностью к периодическим, не носящим системы алкоголизациям. В состоянии простого алкогольного опьянения он совершает убийство. Однако еще до возбуждения уголовного дела он с признаками психогенно обусловленной депрессии (невротический уровень) госпитализируется в психиатрическую больницу. Последующая госпитализация связана с возбуждением дела. Психический статус иной. С. в стационаре подавлен, порой заторможен, предпринимает суицидальные попытки. Психологи отмечают трудности сосредоточения, концентрации, регрессивные изменения — снижается критика, прогностические навыки. В таком состоянии следователь проводит несколько допросов, при которых С. сначала выступает как свидетель, а затем, как обвиняемое лицо. Он рассказывает основные обстоятельства содеянного. Однако, вследствие депрессивного статуса, высказывает многочисленные идеи самообвинения. При проведении СПЭ оценка состояния С. на момент совершения ООД не вызывает сомнения. Дается заключение о вменяемости. Однако отдельно задается вопрос о его «способности правильно давать показания в период госпитализации».*

Вновь следует гипотетически ответить, что «в период (указать какой) проведения с ним процессуальных действий, С. не мог в полной мере осуществлять свои процессуальные права и самостоятельно отстаивать свои интересы», то есть УПД его в тот обозначенный период была ограниченной.

Отдельного обсуждения заслуживают случаи с несовершеннолетними, признанными невменяемыми. Некоторые из них требуют обязательной оценки уголовно-процессуальной дееспособности таких лиц. Уже упоминалось, что после получения судом заключения судебно-психиатрической экспертизы о невменяемости субъекта (совершеннолетнего или подростка), как правило, этот субъект не допускается до участия в судебном процессе. Однако в некоторых случаях обвиняемый по одному уголовному делу, может выступать как потерпевший (иногда, свидетель) по другому делу.

Наблюдение 4. *Несовершеннолетний Д. — член подростковой банды, участвовал в нападении на водителя и угоне транспортного средства. После совершения правонарушения подростки вскоре сами стали жертвами «взрослой» преступной группировки. Их подвергали побоям, удерживали в качестве заложников и за освобождение требовали денежный выкуп. Уголовные дела по двум криминалам были возбуждены милицией и прокуратурой. Д., уже давший показания по двум правонарушениям в качестве обвиняемого и потерпевшего, поступил на судебно-психиатрическую экспертизу. У него выявлены выраженные психические нарушения в виде грубой органической патологии, тотальность проявлений синдрома психического инфантилизма (выраженные детскость, внушаемость, подчиняемость, склонность к подражанию и фантазированию), значительные интеллектуальные, эмоционально-волевые расстройства, нарушения поведенческой регуляции, прогноза и критики. Все это позволяло экспертам дать заключение о невменяемости Д. Тем не менее ранее, как потерпевший по другому делу, он сумел описать отдельные приметы лиц, похитивших его, примерно обозначил место, где его скрывали вместе с другими подростками, приблизительно определил временной интервал своего заточения в качестве заложника.*

Эксперты, понимая, что показания данные невменяемым субъектом, относительно достоверны и в какой-то мере они смогут способствовать обнаружению лиц, находящихся в розыске, на вопросы прокурора констатировали, что Д., давший показания как потерпевший, «не в полной мере мог осознавать характер совершаемых с ним действий и давать о них правильные показания». Оценивая УПД в аналогичных экспертных случаях, вероятно, обосновано отмечать, что при необходимости подросток-потерпевший все же может участвовать в уголовном процессе, но с учетом внушаемости, подчиняемости и других психических расстройств, он ограниченно уголовно-процессуально дееспособен.

Отдельно следует определять, какая категория экспертных пациентов «уголовно-процессуально недееспособна». Несомненно, это правонарушители, признанные невменяемыми, вследствие хронического психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. В случаях, когда обвиняемый подросток (вменяемый на момент совершения ООД или «ограниченно вменяемый»), после ареста, в период судопроизводства заболевает указанными хроническими психическими расстройствами, он также становится уголовно-процессуально недееспособным.

Тщательному анализу должны подвергаться случаи, в которых допустимы полярно противоположные заключения: невменяем — уголовно-процессуально дееспособен. Возможно ли это? Вероятно, нет — при известном законодательном подходе. Да — при настоящем гипотетическом рассмотрении концепции уголовно-процессуальной дееспосбности.

В данном контексте речь ведется о случаях кратковременного болезненного расстройства психической деятельности, так называемых, «исключительных состояниях сознания», как известно подпадающих под еще один из медицинских критериев ст. 21 УК РФ — «временное психическое расстройство». Имеются в виду: синдром сумеречного расстройства сознания, психогенно обусловленная острая патологическая реакция, патологический аффект, просоночное состояние и некоторые другие. Как правило, эти состояния развиваются на фоне «клинической почвы» — протрагированных психогений, астенических состояний, резидуальной церебральной органической несдостаточности.

Наблюдение 5. *Подросток Е., на фоне длительной астении, перенес кратковременное, транзиторное патологическое состояние с дезориентировкой, иллюзорно-галлюцинаторными зрительными обманами, явлениями дереализации. На фоне признаков расстроенного сознания он совершил действия, квалифицируемые как хулиганские. В период судебно-психиатрического освидетельствования у него обнаружены остаточные явления церебрально-органической недостаточности, легкие проявления церебрастенического симптома. Органический фон верифицирован невропатологом и подтвержден незначительными отклонениями на ЭЭГ. Тем не менее, Е. отличали высокий интеллектуальный уровень, критическое понимание перенесенного психотического эпизода, всей ситуации в целом и адекватное прогнозирование. Экспертная оценка на момент деяния — невменяем.*

Учитывая кратковременный характер перенесенного болезненного расстройства психической деятельности, транзиторность и мимолетность течения патологического состояния, а также положительный социальный статус Е., его отличные характеристики, экспертная комиссия, на наш взгляд, вправе дать заключение, что в настоящее время у Е. отсутствуют признаки психических нарушений, которые могли ограничивать его УПД, то есть у него «нет ограничений способности в полной мере осуществлять свои процессуальные права, самостоятельно участвовать в уголовном процессе и отстаивать свои интересы вместе с адвокатом и законным представителем». Как показал катамнез данного случая, суд учел заключение и рекомендации экспертов. В результате Е. при амбулаторном наблюдении у психиатра сумел поступить в вуз и успешно обучается избранной специальности.

В целом для решения вопроса об УПД обвиняемых подростков необходимо определить:

а) имеют ли место в период следствия, судебного разбирательства, проведения судебно-психиатрической экспертизы психические расстройства;

б) какова степень их выраженности (тотальность, парциальность);

в) какова их динамика (стойкость, наклонность к нарастанию или нормализации, качественные изменения в период ООД и последующий посткриминальный период).

Обобщая имеющиеся разработки и собственные наблюдения, можно предварительно обобщить показатели, имеющие значение для решения вопроса об УПД несовершеннолетних обвиняемых:

1) наличие продуктивного речевого контакта;

2) осмысленное восприятие юридически значимых ситуаций (на уровне осмысления внешней стороны событий, фактического содержания, логического анализа);

3) понимание социального, нравственно-этического аспекта юридически значимых событий и их последствий;

4) способность давать последовательные, логически связанные показания, соответствующие материалам уголовного дела;

5) способность регулировать свое поведение и корригировать его;

6) способность защищать себя в ситуации следствия;

7) отсутствие признаков дезорганизации психической деятельности;

8) состояние критических способностей и способностей прогноза.

Алгоритм экспертных решений при УПД представлен в таблице (табл. 6.2).

Таблица 6.2

**Алгоритм экспертных решений при УПД**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Экспертные случаи | Вменяем  1 2 3 | Ст. 22 УК РФ  4 5 6 | Невменяем  7 8 9 |
| УПД | **+** | **+** | **+** |
| Ограниченная УПД | **+** | **+** | **+** |
| УП недееспособность | **+** | **+** | **+** |

## 6.4. Принципы судебно-психиатрической оценки

Судебно-психиатрический материал проведенных нами СПЭН показывает определяющее значение задержки или искажения социализации личности, которые выражены тем больше, чем существеннее патологическая почва, и проявляется в наличии у подавляющего большинства подростков в педагогической и социальной запущенности. Нельзя не учитывать, что эти социально-психологические факторы воздействуют на несформированную личность, очень часто отягощенную ранними церебральными резидуально-органическими расстройствами на уровне минимальной мозговой дисфункции с явлениями аффективной неустойчивости, органического инфантилизма, задержки интеллектуального развития, психопатическими и психопатоподобными синдромами, шизофренией, психогенными развитиями личности и др. Именно у таких лиц пубертатный криз протекает, как правило, асинхронно, дисгармонически, что способствует значительному усилению психологического кризиса созревания.

Все это с учетом частоты психических отклонений у несовершеннолетних правонарушителей и сложности социально-биологических механизмов криминальных действий свидетельствует о масштабности проблемы профилактики и необходимости выработки соответствующих комплексных мероприятий.

Для практики экспертизы несовершеннолетних вопросы *вменяемости-невменяемости* имеют почти исключительное значение, поскольку на стационарную экспертизу направляются главным образом подследственные, обвиняемые подростки (около 97%). Однако важность разработки этой проблемы в возрастном аспекте определяется не только количественными показателями, но и другими не менее существенными факторами, основными из которых являются отсутствие теоретических исследований в этой области и недостаточность изученности клиники подросткового возраста.

Подростки значительно чаще, чем взрослые, признаются невменяемыми, что связано с частотой патологического протекания пубертатного криза, наличием выраженного дизонтогенеза с диссоциированным созреванием, массивностью личностных расстройств, то есть всех тех клинических проявлений, экспертная оценка которых решатся по степени выраженности. Отмеченное обстоятельство не уменьшает актуальности выделения клинических критериев невменяемости, связанных с нозологической принадлежностью психических нарушений.

# **Глава 7. Организация судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних**

Организация судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних (СПЭН) — это широкий круг мероприятий, сформулированных в главах 1 и 3. СПЭН направлена на обеспечение адекватной социально-правовой и медицинской защиты подростка-правонарушителя и должна отвечать следующим условиям: 1) соблюдение законности, опора на действующие законодательные и нормативные документы (акты); 2) обоснованность направления несовершеннолетнего на освидетельствование; 3) адекватность выбора вида экспертизы; 4) квалифицированность специалистов, участвующих в производстве СПЭН; 5) использование надежных критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки; 6) адекватность рекомендуемых медицинских мер и пр.

Правильная организация СПЭН предполагает, как обязательное условие, создание подростковой судебно-психиатрической службы в Российской Федерации. Без решения организационных вопросов не может считаться завершенным становление подростковой судебной психиатрии как дисциплины. Отсутствие организационных решений лишает СПЭН единых принципов, установок, системности, возможности учета, контроля и развития. Все это определяет необходимость рассмотрения положений, регламентирующих организацию и проведение СПЭН.

## 7.1. Показания для направления на СПЭН

Вопрос об адекватности и квалифицированности направления несовершеннолетних на судебно-психиатрическое освидетельствование очень важен. От четкости его решения зависит, чтобы все подростки-правонарушители с психическими расстройствами попадали в поле зрения психиатров-экспертов; адекватен ли выбор вида экспертизы, режима содержания и пр.

Как показывает практика, доля несовершеннолетних, направляемых на экспертизу (около 10% от общего числа подростков, привлеченных к уголовной ответственности), совершенно неадекватна распространенности психических нарушений в подростковом населении, тем более их распространенности среди подростков-правонарушителей (свыше 50%).

Выбор вида экспертизы также часто оказывается неадекватным. Как правило, не учитывается основная особенность клиники подросткового возраста — чрезвычайная трудность диагностики психических заболеваний и предпочтительность, в связи с этим, проведения стационарной СПЭ. Вопрос о целесообразности взятия под стражу в период следствия решается обычно в зависимости от формальной тяжести содеянного, но без учета «Конвенции о правах ребенка ООН» и конкретных особенностей психического состояния несовершеннолетнего. Постановление или определение о направлении на экспертизу выносится судебно-следственными работниками (юристами), редко опирающимися на мнение специалистов (подростковых психиатров и психологов) и часто не имеющими специализации не только по подростковой психиатрии, но и в области ювенильной юриспруденции.

Как известно, основанием для направления на СПЭН являются сомнения в психической полноценности лица, привлеченного к уголовной ответственности, которые могут возникнуть на любом этапе уголовного следствия, судебного разбирательства или отбывания наказания в местах лишения свободы. Для того чтобы эти сомнения возникли и не были случайными, необходимы, по крайней мере, два условия: 1) периодическая специализация по подростковой психиатрии и психологии работников суда, следствия и колоний для несовершеннолетних; 2) первичное консультирование всех подростков, привлеченных к уголовной ответственности психиатрами и психологами (или первичное обследование по типу скрининга).

С целью расширения представлений (у юристов, педагогов, воспитателей) о внешних проявлениях психических расстройств в подростковом возрасте и их распознаваний приводим следующие данные.

Следует обратить внимание на внешний облик подростка (несоответствующие возрасту рост, пропорции туловища и конечностей, объем и форма головы, недоразвитие или чрезмерная выраженность вторичных половых признаков — оволосение, изменение голоса, возрастная мастопатия), невыразительность и неадекватность мимики, жестикуляции, застывание в однообразных позах, скорбный взгляд и пр. До направления на СПЭ необходимо выяснить и запросить соответствующую медицинскую документацию, подтверждающую наличие психических заболеваний среди близких родственников подростка, сведения о нахождении его на учете у психоневролога, стационированиях в психиатрические больницы, инвалидности по психическому заболеванию, заключение СПЭН по прежним или этому же уголовному делу, данные о пребывании в детских домах инвалидов (ДДИ) или детских домах, обучении во вспомогательной школе или интернате, сведения о перенесенных травмах головы, сопровождавшихся тошнотой, рвотой, длительной головной болью, мозговых детских инфекционных заболеваниях. Очень важна информация о задержке или искажениях психического развития и нарушениях речи в детстве, неадекватной замкнутости или расторможенности в поведении с суетливостью, «приставучестью», многословием, искажением произношения букв и слов, чрезмерной боязливостью, страхами (дневными и ночными), нарушениями сна, опрятности (ночное и дневное недержание мочи), приступами судорог, головокружений, обмороков, непереносимостью жары, духоты, езды в транспорте. Важно обратить внимание на наличие беспричинных расстройств настроения (подавленность, безразличие, тоскливая злобность, неадекватная веселость с переоценкой своих возможностей), их длительность и частоту. Большое значение имеют сведения о внезапном изменении отношений подростка к близким — враждебность, отчуждение, высказывания о том, что родители ему не родные; исчезновение интереса к учебе, отказ от посещения школы, общения со сверстниками; появление склонности к безудержному фантазированию и лжи, жестокости, садизму, нелепым поступкам, повторным попыткам самоубийства.

При целенаправленных собеседованиях нетрудно обнаружить, насколько подросток контактен или заторможен, подавлен, безразличен или возбужден, сообразителен или туп, не способен к сосредоточению на темах беседы, плохо запоминает, не может понять абстрактные или даже простые обобщающие понятия, плохо читает, буквально понимает пословицы, обнаруживает малый запас слов, знаний. Следует обратить внимание также на детскость поведения и интересов, повышенную внушаемость, склонность идти на поводу у собеседника, неспособность к самостоятельным решениям, конформность, легкую подчиняемость в группах сверстников, трудность принятия решений или их необдуманность, импульсивность, неорганизованность, нецеленаправленность поступков, стремление к общению с младшими по возрасту.

Важным источником информации о психическом состоянии подростка являются материалы уголовного дела. По тому, насколько они информативны, можно судить об осведомленности следователя в вопросах, связанных со СПЭН.

## 7.2. Квалифицированность направления на СПЭН

Приведенный краткий перечень внешних признаков психической патологии хотя и может в какой-то мере ориентировать судебно-следственного работника, однако совершенно недостаточен для квалифицированного решения вопроса о целесообразности направления подростка-правонарушителя на СПЭ. Систематическое повышение квалификации следователей, прокуроров, адвокатов в области подростковой судебной психиатрии необходимо для более четкого представления о контингенте несовершеннолетних, с которым они имеют дело, какие документы необходимо собрать в уголовном деле для СПЭ, как формулировать вопросы к эксперту.

Вместе с тем очень важно, чтобы с момента возбуждения уголовного дела с несовершеннолетними работали не только следователь и адвокат, но также подростковый судебный психиатр и подростковый патопсихолог — либо как консультанты, вызываемые судебно-следственными работниками, либо как штатные сотрудники следственных органов. Судебно-следственные работники при решении вопроса о целесообразности направления подростка на СПЭ должны опираться на соответствующее заключение подросткового психиатра и психолога. Предварительный осмотр этими специалистами всех (100%) несовершеннолетних, привлеченных к уголовной ответственности, является существенным условием квалифицированной защиты прав несовершеннолетнего правонарушителя, реализации права несовершеннолетнего на полноту оценки обстоятельств, имеющих значение для судебного разбирательства, оптимальным условием, которое исключает вынесение ошибочного приговора в отношении душевнобольного подростка или необоснованного направления на СПЭ подростка без психических нарушений. Данные психологических и психиатрических консультаций в качестве самостоятельных документов должны фигурировать в уголовном деле. Консультации психиатра и психолога на этапе предварительного следствия не могут подменить СПЭН, но обеспечивают, наряду с правильностью отбора несовершеннолетних на СПЭ, своевременный сбор объективных данных и принятие медицинских мер при появлении патологических состояний. Такие первичные осмотры подростковыми специалистами могут иметь и дополнительное значение для решения вопроса о процессуальной дееспособности подростка и отношении к его показаниям. В обычной практике такой вопрос редко ставится перед подростковыми экспертами и его приходится, как правило, решать уже после того, как собраны все материалы уголовного дела. Целесообразно, чтобы следователь, ведущий уголовное дело, также составил свою характеристику личности несовершеннолетнего. Это имело бы существенное значение для последующей оценки его психического состояния. В настоящее время, несмотря на существующие методические разработки (Чевгуз В.С., 1990), таких характеристик в уголовных делах пока нет.

Таким образом, порядок назначения судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетним нуждается в пересмотре.

## 7.3. Порядок проведения СПЭН

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних осуществляется в соответствии с Временной инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации (1992), с учетом особенностей СПЭН.

В частности, в п. 33 главы VIII Инструкции («Особенности проведения СПЭН») указано, что судебно-психиатрическую экспертизу несовершеннолетних вправе проводить лишь психиатр, имеющий специальную подготовку в области подростковой судебной психиатрии. Участвующий в производстве СПЭН психолог должен иметь специализацию по подростковой психопатологии. Психолог, участвующий в производстве комплексной СПЭН, обладает всеми правами судебного эксперта и подписывает акт (заключение) экспертизы. Согласно п. 34, законный представитель несовершеннолетнего вправе принимать участие в проведении его освидетельствования, но при совершении представителем действий, существенно затрудняющих проведение экспертизы, эксперты могут письменно ходатайствовать (перед органом, назначившим экспертизу) об отказе законному представителю в указанном праве.

Экспертиза несовершеннолетних должна быть: а) преимущественно комплексной, с широким привлечением подростковых специалистов — сексопатолога, психоэндокринолога, педагога, подросткового специалиста по трудовой и военной экспертизам и др.; б) для подследственных и осужденных рекомендуется по возможности стационарная СПЭН; в) для потерпевших и свидетелей целесообразно амбулаторное освидетельствование, но в случаях затруднений в диагностике или экспертной оценке закономерно изменение вида экспертизы на стационарную.

Амбулаторная СПЭН проводится не на территории следственного изолятора, а в психиатрическом учреждении (при подростковом или общеэкспертном отделении).

В отношении несовершеннолетних правонарушителей, не достигших 14-летнего возраста, особенно в сложных случаях, также должно проводиться экспертное освидетельствование, желательно в специализированных подростковых экспертных комиссиях, направление на которое осуществляют комиссии по делам несовершеннолетних. Однако в этих случаях пишется не «акт», а «медицинское заключение», включающее все части акта, диагностику и медицинские рекомендации, кроме выводов о вменяемости-невменяемости.

При проведении СПЭН обязательно выполнение обозначенных ниже формальностей.

1. Проверка наличия в материалах уголовного дела: а) постановления или определения о назначении СПЭН; б) объективных сведений о личности подростка (показания, характеристики); в) медицинской документации; г) акта СПЭН, если экспертиза уже проводилась ранее. При отсутствии в уголовном деле указанных документов в проведении СПЭН может быть отказано.

2. При направлении на амбулаторное освидетельствование и в случае, если несовершеннолетний не содержится под стражей, необходимо присутствие родителя или другого законного представителя.

## 7.4. Выбор вида экспертизы и мер медицинского характера

Наряду с традиционными видами судебно-психиатрического освидетельствования (стационарный, амбулаторный), проводятся и такие виды экспертиз, которые являются специфическими для подросткового возраста (комплексные, в том числе СПЭН потерпевших и свидетелей).

Уже отмечалось, что в связи с частотой первичной диагностики и трудностями распознавания природы психических расстройств в подростковом возрасте предпочтительно проведение стационарной экспертизы. На практике же в подавляющем большинстве случаев судебно-следственными работниками назначается амбулаторная СПЭН. Это связано с отсутствием стационарных подростковых судебно-психиатрических отделений.

Неоправданность расширительного направления на так называемые «пятиминутки» доказывается частотой диагностических и экспертных ошибок при амбулаторных СПЭН, частотой направления на повторное стационарное освидетельствование, значительным числом несовершеннолетних с выраженными психическими нарушениями, попадающих в места лишения свободы после амбулаторных СПЭН.

Главное, что отличает стационарные СПЭН, — это возможность: а) всестороннего обследования подростков разными специалистами, включая психолога, электрофизиолога (ЭЭГ, ЭХО-энцефалография и др.), эндокринолога, сексопатолога, терапевта, невропатолога; б) получения объективных данных о прошлом, об особенностях интеллектуального, психического развития, девиациях личности; в) динамического наблюдения.

При невозможности сформулировать и обосновать экспертное заключение, при серьезных сомнениях в правильности своих выводов или расхождениях во мнениях у членов экспертной комиссии целесообразно отсрочить окончательное решение (на один месяц). Наиболее адекватен такой путь при наличии у несовершеннолетнего признаков психогенной декомпенсации или реактивного состояния, когда есть надежда за короткий срок терапевтически нормализовать состояние подэкспертного.

При серьезных сомнениях в возможности эндогенной природы заболевания и наличии стойких психогенных наслоений более целесообразно отсрочить решение на более длительный срок и рекомендовать суду направить испытуемого на принудительное лечение в психиатрическую больницу до выхода из болезненного состояния с последующим возвращением в учреждение, где проводилась экспертиза. Практика показывает, что этот путь оправдывает себя полностью и значительно облегчает решение экспертных задач.

Особого рассмотрения требует следующий вопрос. В случаях, когда испытуемый за время пребывания на указанном принудительном лечении достигает совершеннолетия (18 лет), целесообразно все же возвращать его подростковым экспертам, во-первых, потому, что криминальные действия были совершены в подростковом возрасте, а во-вторых, подростковые эксперты уже знакомы с его историей болезни и более квалифицированно могут судить о возрастных особенностях психических расстройств.

Роль психиатров-экспертов в выборе вида экспертизы должна быть более активной. Если эксперт убежден, что вид экспертизы выбран судебно-следственными работниками неправильно, он может в письменной форме обосновать это и рекомендовать более адекватный вид освидетельствования или дополнительные меры в виде окончательного экспертного решения суда, одновременного решения вопросов трудовой или военной экспертизы, назначения комплексной СПЭН и пр.

Принудительные меры медицинского характера назначаются, изменяются и отменяются определением суда с учетом рекомендаций судебно-психиатрических экспертных комиссий, врачебных комиссий психиатрических больниц, осуществляющих принудительное лечение, психиатрических комиссий по освидетельствованию осужденных. Эти рекомендации основываются на функциональном диагнозе, отражающем все уровни психических расстройств.

Заключение комиссии должно базироваться на следующих принципах:

1) необходимость и достаточность рекомендуемой меры по предотвращению новых общественно опасных действий;

2) дифференцированность и ограниченность показаний для принудительных мер медицинского характера с учетом специфики возрастного развития;

3) обеспечение преемственности мер медицинского характера — от лечебных мероприятий до психокоррекционных, психолого-педагогических, реабилитационных, включая различные формы семейной поддержки, передачу больного на попечение родственникам или опекунам при обязательном врачебном наблюдении.

Не следует рекомендовать принудительные меры медицинского характера несовершеннолетним, если совершенные ими общественно опасные действия не имеют тенденции к рецидивированию, не относятся к категории тяжких или связанных с посягательством на жизнь граждан. В этих случаях целесообразно рекомендовать помещение в психиатрическую больницу (отделение) для лечения на общих основаниях или постановку на динамическое диспансерное наблюдение.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре (в отделении) общего типа следует рекомендовать несовершеннолетним с психической патологией при отсутствии у них признаков стойкой социальной дезадаптации и постоянных антисоциальных тенденций, проявляющихся в склонности к действиям агрессивного характера, а также в грубых повторных нарушениях больничного режима.

Такой вид лечения можно рекомендовать больным подросткам, если они:

а) совершили общественно опасное деяние в психотическом состоянии;

б) при наличии в период экспертизы (освидетельствования) признаков манифестации или обострения хронического душевного заболевания или декомпенсации патологического состояния различного происхождения;

в) в случаях, когда временное болезненное расстройство психической деятельности развилось после совершения общественно опасного деяния и больной нуждается в лечении до выхода из указанного болезненного состояния;

г) при психическом заболевании в стадии ремиссии, состоянии психического дефекта различного происхождения, слабоумии в случаях повторных общественно опасных действий;

д) при изменении меры медицинского характера после принудительного лечения в психиатрическом стационаре (отделении) специализированного типа в связи с улучшением состояния, снижением общественной опасности и упорядоченностью поведения.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре (отделении) специализированного типа следует рекомендовать больным при наличии у них клинико-психопатологических и социально-психологических факторов риска повышенной общественной опасности. У несовершеннолетних с психической патологией к факторам риска следует относить:

а) психопатоподобный синдром со стойкими аффективными нарушениями в виде дисфорий и патологией влечений агрессивно-садистического характера;

б) негативно-дефицитарные личностные изменения с эмоциональным дефектом и выраженной поведенческой активностью, сопровождающейся аффективной напряженностью, постоянными нарушениями больничного режима (в том числе гебоидный синдром);

в) гипоманиакальные и маниакальные состояния с расторможенностью влечений и поведения;

г) сочетание перечисленных выше симптомокомплексов со склонностью к употреблению алкоголя, наркотических и токсических средств и токсикоманическим поведением, со стойкими асоциальными личностными установками, обусловливающими криминальное поведение до болезни, рецидивность общественно опасных действий, а также со склонностью к нарушениям больничного режима.

С учетом вышеперечисленных факторов риска принудительное лечение в психиатрическом стационаре (отделении) специализированного типа следует рекомендовать следующим группам несовершеннолетних больных:

а) совершившим общественно опасные деяния, относимые к категории тяжких, в том числе связанные с посягательством на жизнь граждан, но не представляющие в последующем, в силу клинических проявлений заболевания или личностных особенностей, повышенной опасности для общества;

б) с хроническим психическим заболеванием, состояниями психического дефекта различного происхождения или слабоумия, когда в силу клинических проявлений заболевания или личностных особенностей выявляются вышеперечисленные факторы риска общественно опасного поведения со склонностью к повторным ООД и нарушениям больничного режима;

в) с временным болезненным расстройством психической деятельности, развившимся после совершения общественно опасного деяния, и требующим направления на принудительное лечение для несовершеннолетних, находящихся под стражей.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением в отношении несовершеннолетних с психической патологией рекомендуется применять ограниченно. В ряде случаев данную меру медицинского характера можно рекомендовать больным, представляющим особую социальную опасность, совершившим тяжкое общественно опасное деяние, если имеется отчетливый риск его повторения в силу клинических проявлений заболевания или патологически обусловленных личностных особенностей, а также больным с неожиданными, импульсивными поступками, стойкими антисоциальными тенденциями, проявляющимися в грубых нарушениях режима с повторными побегами, нападениями на персонал.

Несовершеннолетние больные, находящиеся на принудительном лечении, должны регулярно освидетельствоваться врачебной комиссией для установления изменений психического состояния и снижения общественной опасности его поведения. В состав комиссии должен обязательно входить подростковый врач-психиатр, специалист по подростковой судебной психиатрии.

# **Глава 8. Комплексные судебные экспертизы несовершеннолетних обвиняемых**

## 8.1. Общие положения

Комплексные экспертизы в последние годы становятся все более необходимым инструментом судебно-следственной практики. Несмотря на то, что они проводятся более 30 лет, только теперь в полной мере становится понятным их значение для теории и практики судебной психиатрии. В частности, в развитии подростковой судебной психиатрии роль комплексных экспертиз может быть оценена как наиболее адекватная методология судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних и научных исследований в области возрастной психической патологии.

Междисциплинарный характер этих экспертиз, соответствующий представлению о многоуровневости клиники психических расстройств в подростковом возрасте, позволяет на современном уровне сопоставлять и согласовывать выводы психиатров, психологов, сексологов, социологов и пр., принимающих участие в комплексных экспертизах несовершеннолетних.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних (КСППЭН) развивается быстро, но крайне неравномерно, как в плане расширения круга вопросов, ставящихся перед ней, так и увеличения числа видов таких экспертиз и совершенствования методологических подходов. Если в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге частота их назначения быстро нарастает, то в большинстве других регионов об этой экспертизе до сих пор имеется лишь весьма приблизительное представление. Это, кстати, отражает состояние экспертизы несовершеннолетних в целом и отсутствие подготовленных кадров педопсихиатров, педопсихологов, педосексологов, подростковых эндокринологов. Соответственно речь идет не только о количественной стороне дела, но и о качестве таких экспертиз.

Развитие комплексных судебных экспертиз в уголовном процессе началось с введения в экспертную практику психолого-психиатрического освидетельствования именно несовершеннолетних обвиняемых. Основанием для этого было постановление пленума Верховного суда от 21.03.1968 г. Выделение этого нового вида экспертизы в отношении несовершеннолетних было связано с важным обстоятельством — пониманием необходимости экспертной оценки не только характера психических расстройств, но также уровня и качества психического развития. Тем самым в практику судебно-психиатрического освидетельствования было введено понятие « идеи развития» Джексона, Модзли, Холла, Выготского, определившей в свое время возникновение таких новых дисциплин как «психология развития» и «психиатрия развития».

До вступления в силу нового Уголовного кодекса КСППЭН обвиняемых регулировалась ст. 392 УПК РФ и постановлением Пленума Верховного суда СССР № 16 от 1.12.1976 г. При этом главная экспертная задача формулировалась как определение соответствия реального психического развития паспортному возрасту и соотнесение этого показателя с возрастом привлечения к уголовной ответственности. В связи с этим эксперт, по существу, должен был решать два вопроса: 1) может ли несовершеннолетний по уровню и качеству развития быть привлеченным к уголовной ответственности; 2) мог ли несовершеннолетний полностью сознавать значение своих действий и в какой мере руководить ими.

Именно тогда было введено понятие «нарушение психического развития, не связанное с психическим заболеванием». Это понятие было обозначено в ст. 392 УПК РФ как «умственная отсталость». Неадекватность использования указанного понятия, означающего, как известно, олигофрении, подчеркивалась психиатрами-экспертами неоднократно (Печерникова Т.П., Гульдан В.В., 1985; Кудрявцев И.А., 1988; Дозорцева Е.Г., 1989; Гурьева В.А., 1994, 1996 и др.) и проанализирована в главе 6 настоящей книги.

За годы до вступления в силу последнего УК РФ (1997 г.) в рамках КСППЭН, по существу, сформировалось понятие ограниченной вменяемости, применяемой во всех ведущих странах (термин, так и не принятый в отечественном уголовном законодательстве). Ограниченная вменяемость означает, по существу, необходимость промежуточных оценок между вменяемостью и невменяемостью, касающихся очень большого процента освидетельствуемых несовершеннолетних с психическими расстройствами и/или с нарушениями психического развития.

Эта группа расстройств включает в себя асинхронии, аномалии и задержки психического развития самого разного происхождения. Последнее определяет многообразие клинического выражения этих нарушений психического развития, которые могут быть временными или постоянными, устойчивыми или постепенно, с возрастом, редуцирующимися, тотальными, захватывающими все сферы психики, или парциальными. Степень их выраженности может быть самой разной — от незначительных отклонений до выраженной патологии, определяющей признание таких подростков невменяемыми. В группе вменяемых степень психических изменений часто оказывается «пограничной», когда число и значимость клинических признаков, указывающих на нарушение способности сознавать значение своих действий или руководить ими, оказываются равными или мало отличающимися друг от друга. Именно в этих случаях наиболее показано решение вопросов, рассматривающихся КСППЭН. Сложность оценки этих состояний определяется тем, что отдельные варианты нарушенного развития часто сочетаются и могут быть выражены столь значительно, что вуалируют более тяжелые психические расстройства или даже психические заболевания.

Указанные выше два основных вопроса, разрешаемые КСППЭН, легли в основу новой редакции последнего УК РФ (1997). При этом были введены кардинально новые статьи ч. 3 ст. 20 и 22 ст. Первая из них предусматривает решение вопроса о возможности привлечения к уголовной ответственности несовершеннолетних с нарушениями психического развития, достигших 14 лет. Решение этого вопроса невозможно без комплексной экспертизы. Однако неточности ее формулировки в УК оказались настолько значительными, что послужили причиной многочисленных комментариев по ее адаптации к судебно-психиатрической практике. Трудности применения этой статьи подробно рассмотрены в главе 6.

После принятия нового УК РФ часто высказывается мнение, что ответы на экспертные вопросы в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ входят в компетенцию только эксперта-психолога. Однако мы полагаем, что участие в таких экспертизах психиатра необходимо по крайней мере на первом ее этапе, для определения вопроса о том, является ли отставание в психическом развитии, о котором говорится в статье, связанным с психическим расстройством или нет. В принципе, эти вопросы могут быть решены при помощи двух последовательно проводимых экспертиз: вначале судебно-психиатрической, которая констатирует или исключит психическое расстройство, затем — судебно-психологической, определяющей меру осознания и руководство подростком своими действиями. Однако значительно более продуктивными являются комплексные судебные психолого-психиатрическая или психолого-сексолого-психиатрическая экспертизы, поскольку это позволяет один и тот же вопрос решать одновременно с разных точек зрения. В дальнейшем компетенция и ответственность за выводы экспертизы могут быть разделены, но совместное участие в процессе исследования разных специалистов представляется наиболее эффективным. В соответствии с этим следует отметить, что практически любая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых может назначаться как комплексная экспертиза.

Попытки анализа нарушения развития при разных психических расстройствах с точки зрения психолога предприняты наиболее полно Е.Г.Дозорцевой (1998), что способствует значительной систематизации психологических норм и девиаций развития несовершеннолетних правонарушителей.

## 8.2. Комплексная СППЭ потерпевших и свидетелей

Методологические, теоретические и практические аспекты комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы потерпевших и свидетелей (Метелица Ю.Л., 1992; Печерникова Т.П., 1998; Морозова Н.Б., 1999, 2001; Бадмаева В.Д., 2003; Цыро И.В., 2005) по праву считаются наиболее сложными в судебной психиатрии. Многогранность этой проблемы обусловлена тем, что роль этих субъектов судебно-следственного процесса чрезвычай­но велика. Для точной правовой оценки судом противоправных действий обвиняемых большое значение имеет анализ психического состояния потерпевших и их поведение в уголовно-релевантный период, оценка степени тяжести вреда здоровью, при выявлении у жертвы психических расстройств, как следствия противоправных действий. Лица, признанные потерпевшими, в соответствии с Законом независимо от их возраста наделяются определенными процессуальными функциями. Потерпевшие обладают большими правами, чем свидетели. Но есть функция, общая для потерпевших и свидетелей, — это право и обязанность давать показания, которые становятся доказательствами по делу и играют важную роль в установлении истины.

### *8.2.1. Жестокое обращение с детьми, определение и распространенность. Виктимность и виктимное поведение детей и подростков*

В последнее десятилетие резко увеличилось число публикаций, касающихся вопросов жестокого обращения с детьми, как в семье, так и за ее пределами (Асанова Н.К., 1997; Гурьева В.А. с соавт., 1998; Морозова Н.Б., 1996, 1999; Тарасевич Е.В., 1999; Тарабрина Н.В., 2001; Remschmidt H., 2001 и др.).

Под жестоким или плохим обращением с ребенком принято понимать «все формы физического и/или эмоционального плохого обращения, сексуальное насилие, отсутствие заботы, пренебрежение, торговля или другие формы эксплуатации, способные привести, или приводящие к фактическому ущербу для здоровья ребенка, его выживания, развития или достоинства в контексте отношений ответственности, доверия или власти» (ВОЗ, 2003).

Выделяют следующие формы плохого обращения с детьми:

1) физическое насилие — это любое неслучайное нанесение повреждения ребенку в возрасте до 18 лет;

2) сексуальное насилие — это использование ребенка или подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения;

3) психологическое или эмоциональное насилие — хронические паттерны поведения, такие как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка;

4) пренебрежение — это хроническая неспособность родителя или лица осуществляющего уход, обеспечить основные потребности ребенка, не достигшего 18-летнего возраста, в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре (Морозова Н.Б., 1994; Барденштейн Л.М., 1995; Асанова Н.К., 1997; Sheridan M.J., 1995; Bonner B., 1995). Однако в действительности те или иные виды жестокого обращения в изолированном виде практически не встречаются; как правило, имеет место сочетание пренебрежения основными нуждами ребенка с физическим, психологическим или сексуальным насилием.

По данным ВОЗ, в 2000 году было установлено 57 тыс. случаев убийств детей до 15 лет. ЮНИСЕФ приводит следующую статистику: в мире 40 млн детей моложе 15 лет страдают от физического насилия и безнадзорности и нуждаются в медицинской и социальной помощи; 2 млн детей подвергаются эксплуатации посредством проституции и порнографии.

Ежегодно около 1 млн девочек-подростков подвергаются сексуальному насилию, в отношении более 1,5 млн детей и подростков совершается насилие со стороны отвечающих за их воспитание взрослых (Christoffel, 1990).

Сексуальное насилие, совершенное по отношению к ребенку (child sexual abuse) рассматривается как особый вариант жестокого обращения и выделяется в самостоятельную проблему. Под сексуальным злоупотреблением понимается вовлечение детей и подростков в сексуальные действия, функции и последствия которых они не могут оценить. О сексуальном злоупотреблении говорят и в тех случаях, когда сексуальные действия осуществляются не против воли ребенка и без применения насилия. Наиболее распространенной формой такого насилия является инцест, то есть половая связь между членами семьи, чаще всего между отцом и дочерью или отчимом и падчерицей. Во всех случаях ребенок находится во власти сексуального злоупотребления или в зависимости от насильника (Ткаченко А.А., 1992, 1998; Морозова Н.Б., 1999 и др.).

Статистические данные о распространенности сексуального насилия над детьми и подростками в разных странах крайне противоречивы. Анализ зарубежной и отечественной литературы показывает, что этот вид насилия является наиболее скрытым (Потапов С.А., Ткаченко А.А., 1992; Шостакович Б.В. и соавт., 1994; Кон И.С., 1997, 1998; Green A.N. et al., 1980; Kendell-Tackett K.A. et al., 1993; Finkelhor D., 1994; Remschmidt H., 2001). Считается, что официальная статистика его недооценивает, независимые наблюдатели переоценивают, а действительное положение неизвестно из-за стремления семьи скрыть факты сексуального насилия, нечеткости дефиниций, отсутствия у многих жертв выраженных эмоциональных нарушений и ненадежности ранних и воскрешенных воспоминаний. Исследования распространенности сексуального насилия над детьми проводились в 21 стране. D. Finkelhor (1994) оценивая международную эпидемиологию сексуального насилия над детьми отмечает, что распространенность сексуального насилия в детстве среди женщин в разных странах колеблется от 7 до 36%, а среди мужчин — от 3 до 29%. Жертвами сексуального злоупотребления и сексуального насилия чаще являются девочки, около 80% которых моложе 14 лет. Преступники — главным образом мужчины в возрасте от 25 до 40 лет.

К сожалению, в нашей стране долгое время тема насилия была закрыта. Как отмечает Ю.М. Антонян (2001), сексуальная преступность обычно не привлекает к себе особого внимания за исключением тех из ряда вон выходящих случаев, когда обнаруживается серия жестоких убийств на сексуальной почве. Между тем борьба с сексуальными преступными посягательствами актуальна для каждой страны. В 1994 году, по данным МВД РФ, по отношению к несовершеннолетним было совершено 3110 преступлений сексуального характера, в 2001 году — 5706. Если среди потерпевших от всех насильственных преступлений несовершеннолетние составляют 10%, то при сексуальном насилии они становятся жертвами в 40% случаев.

Таким образом, дети и подростки обладают повышенной предрасположенностью (виктимностью) при определенных условиях становиться жертвой сексуального насилия.

Под **виктимностью** понимается потенциальный комплекс психофизических свойств, который обусловливает неспособность несовершеннолетних своевременно понять сексуальную направленность действий преступника, их нравственно-этическую сущность и социальные последствия и (или) вырабатывать и реализовывать эффективные стратегии поведения в сексуально значимых ситуациях. Н.Б. Морозовой (1999) выделен у психически здоровых детей и подростков **психологический комплекс виктимности,** определяемый возрастным фактором (неспособность понимать характер и значение действий сексуальных действий в результате несформированности базовых психологических структур в сочетании с излишней доверчивостью, подчиняемостью, внушаемостью и т. д.); у несовершеннолетних с психическими расстройствами — **патопсихологический симптомокомплекс виктимности,** который формируется при взаимодействии возрастного, дизонтогенетического и психопатологического факторов. Удельный вес и степень влияния каждого из них зависит от выраженности нарушений психического функционирования. При грубом психическом дефекте с качественным изменением психической деятельности и патологической мотивацией поведения независимо от нозологической формы виктимность и механизмы виктимизации определяются психопатологическими структурами. Самостоятельное значение при этом имеют два типа психических расстройств: один из них характеризуется преобладанием интеллектуальных нарушений в виде выраженного умственного недоразвития; второму свойственны эмоционально-волевые расстройства со снижением или повышением двигательной активности при психопатоподобном синдроме.

При отсутствии выраженных психических нарушений на первый план выступают дизонтогенетические проявления с ретардацией формирования базовых психологических структур полоролевой идентичности, незрелостью личностных образований, эмоционально-волевой неустойчивостью, неразвитостью морального сознания и недостаточностью критических и прогностических функций. Возрастной фактор привносит неспецифически возрастную кризовую симптоматику, которая участвует в формировании виктимного поведения и даже определяет его при патологически протекающем пубертатном кризе.

При совершении половых преступлений особое значение приобретает поведение жертвы. В ряде случаев потенциальная жертва своим поведением формирует ситуацию, в которой повышается вероятность причинения ей вреда. Выделяют следующие типы виктимного поведения детей и подростков.

1. Пассивно-подчиняемый (вариантами которых являются пассивно-оборонительное и пассивно-безучастное поведение); при первом варианте потерпевшие предпринимают робкие попытки противостоять посягателю, высказывают отрицательное отношение к происходящему, однако, активного сопротивления не оказывают; при втором варианте поведение потерпевших носит абсолютно пассивный характер и проявляется в полном подчинении, вплоть до безучастности к происходящему, отсутствии высказываний и просьб.

2. Псевдопровоцирующий тип — внешне напоминает провоцирующее поведение взрослых женщин и, характеризуется активным стремлением к взаимодействию с потенциальным преступником, проявлением интереса к вопросам сексуального характера, а иногда и прямым поощрением сексуальной активности, совместным употреблением алкогольных напитков и эйфоризирующих средств.

3. Неустойчивый тип — характеризуется крайней изменчивостью, отсутствием четкой линии поведения, противоречивостью действий и высказываний, сменой периодов пассивно-подчиняемого, псевдопровоцирующего и активно-оборонительного поведения.

Таким образом, виктимное поведение малолетних и несовершеннолетних является многофакторным феноменом, который заключается в нарушении произвольной регуляции поведения и реализации неэффективных стратегий в ситуациях сексуальных посягательств, что способствует превращению жертвы из потенциальной в реальную. Виктимное поведение (в отличие от провоцирующего) не является обстоятельством, смягчающим ответственность обвиняемого.

### *8.2.2. Психические расстройства, возникающие у малолетних и несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия*

Сексуальные действия правонарушителя, часто сочетающиеся с физическим и психическим насилием, порой угрожающие жизни потерпевших, оказывают специфическое психотравмирующее действие и нередко приводят к возникновению у них разнообразных по глубине и продолжительности психогенных расстройств. В криминальной ситуации у большинства потерпевших возникает острая реакция на стресс (F43.0); в посткриминальной и следственной ситуациях, наиболее часто депрессивные реакции (F43.2), фобические тревожные расстройства (F40), посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1), смешанное расстройство эмоций и поведения (F43.25). Феномен превращения сексуального насилия в специфическую психическую травму и структурно-динамические особенности развивающихся у несовершеннолетних психических расстройств зависят от комплекса факторов: характеристики сексуального посягательства, типологии криминальных ситуаций, индивидуально-психоло­гических особенностей и возраста жертвы, наличия патологической почвы, психосоциальных влияний, а также дополнительных психогений.

Выделяют два варианта сексуального насилия: внесемейный и внутрисемейный. Их разделение связано с различиями этих двух видов как по виктимологическим, так и по клиническим параметрам.

Под **«внутрисемейным типом»** сексуального насилия подразумевают, как правило, инцест — кровосмешение, означающее сексуальное сожительство между близкими родственниками: родители и дети, братья и сестры, деды и внуки. Наиболее часто, по данным литературы, в инцестуозных отношениях состоят пары брат и сестра, значительно реже — отец и дочь, и совсем редко — отец и сын. Однако в уголовной и экспертной практике чаще встречаются два последних случая (Шостакович Б.В., Ушакова И.М., Потапов С.А., 1994). К внутрисемейному типу сексуального насилия относится и насилие со стороны некровных родственников и отчима. По сведениям D. Finkelhor (1984), наибольшему риску сексуального растления в малолетнем возрасте подвергаются девочки, воспитывающиеся отчимом. Обычно инцест начинается с малолетнего возраста потерпевших (чаще с 8–12 лет) и принимает характер длительного сожительства, нередко сочетающийся с другими формами жестокого и небрежного отношения. По данным Н.Б. Морозовой (1999), при длительном инцесте, начавшемся в раннем возрасте, у потерпевших возникают характерные психические расстройства с определенной динамикой, которые укладываются в рамки своеобразных психогенных и патохарактерологических развитий личности. В основе психогенных развитий лежит дистресс, перерастающий в депрессию с аффективным истощением, которая сопровождается формированием личностных и психосексуальных расстройств.

При **«внесемейном типе»** сексуального насилия в большинстве случаев речь идет об однократном эпизоде сексуального насилия в ситуации конфликтно-стрессового (грубом и агрессивном поведении посягателя) взаимодействия, оказывающего на потерпевших выраженное психотравмирующее влияние. Н.Б. Морозовой (1999) выделены следующие этапы психогенного реагирования у потерпевших — жертв внесемейного типа сексуального насилия. Первый этап (аффектогенный) продолжается в течение всего периода взаимодействия жертвы с посягателем. Психотравмирующим фактором на этом этапе являются агрессивные действия сексуального характера, которые нередко сопровождаются физическим и психическим насилием, угрозой жизни потерпевших. Под влиянием психогении у несовершеннолетних возникают острые аффективные, аффективно-шоковые реакции различной глубины и продолжительности. Второй этап (адаптационный, эмоционально-когнитивный) характеризуется внутренней переработкой психотравмирующего события с осмыслением случившегося, фиксацией на аффективно значимых переживаниях, постепенно принимающих доминирующее положение. В это время на первый план выступают негативно окрашенные эмоции, тревога, страх, стыд, обида, злость, желание наказать обидчика, что сопровождается психогенным фантазированием. У потерпевших старшего подросткового возраста, вследствие осведомленности в вопросах половых отношений и понимания их сущности на личностно-социальном уровне, выраженными становятся чувства оскорбления, унижения их чести и достоинства.

Возрастная личностная незрелость и недостаточность механизмов психологической защиты могут способствовать срыву индивидуального адаптационного барьера (Александровский Ю.А., 1976, 2000) и возникновению у некоторых потерпевших кризисных состояний и невротических проявлений. При этом в сознании у них формируется пессимистическая концепция будущего, доминируют негативные переживания, появляются искажения когнитивных процессов с идеями самообвинения и суицидальными мыслями. Третий этап (невротический) по времени обычно совпадает с началом следственных действий, которые зачастую становятся дополнительным психотравмирующим фактором. Обычно это связано с не всегда тактичным проведением допросов, необходимостью очных ставок, прохождения различных медицинских экспертиз, угрозами со стороны обвиняемых и их родственников, неделикатным поведением родителей и т. д. Все это нередко является для потерпевших более травматичнее, чем факт совершения в отношении них сексуального насилия. При этом у одних несовершеннолетних развиваются затяжные депрессивные состояния, у других происходит декомпенсация психического состояния, проявляющаяся в выраженном заострении присущих им характерологических особенностей и появлением невротических расстройств, у третьих возникает обострение или декомпенсация имевшейся ранее психической патологии.

Особенности сексуального насилия и криминальной ситуации играют двоякую роль в формировании психогенных расстройств у детей и подростков. **Неспецифическое воздействие** не зависит от возраста потерпевших и заключается в том, что в силу быстроты воздействия психотравмирующего события оно в полной мере не осознается и не сопровождается сознательной внутриличностной переработкой их содержания с возникновением в криминальной ситуации аффектогенных состояний, различной степени выраженности: от легкого кратковременного эмоционального напряжения и страха до аффективно-шоковых и субшоковых реакций с аффективным сужением сознания, фиксацией внимания на узком круге психотравмирующих обстоятельств, психомоторными нарушениями (преимущественно в виде заторможенности) и вазовегетативными проявлениями. **Специфическое воздействие** проявляется чаще у несовершеннолетних девочек, осведомленных в вопросах половых отношений, на этапе психосексуальных ориентаций при наличии у них способности понимать характер и значение сексуальных отношений на личностно-социальном уровне с интрапсихической переработкой негативного опыта и возникновением в посткриминальной и судебно-следственной ситуациях кратковременных и пролонгированных депрессивных реакций, посттравматического стрессового расстройства.

Возрастная специфика психогенных расстройств у малолетних и несовершеннолетних потерпевших заключается в преобладании невротического уровня депрессивных состояний и рудиментарности психопатологических проявлений.

**Депрессивные состояния** у несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия характеризуются подавленным, тоскливым настроением с отсутствием аппетита, интересов, желанием «скорее забыть о случившемся», с чувством безнадежности, безысходности, разочарования. Доминирующий депрессивный компонент, как правило, сочетается с нарушениями сна, соматовегетативными расстройствами, повышенной тревожностью и т. д. По преобладающему аффективному компоненту чаще наблюдаются астенодепрессивный, тревожно-депрессивный и дисфорический варианты депрессий. Пролонгированная депрессивная реакция с длительным волнообразным течением (в среднем 3–6 месяцев) обычно наблюдается в подростково-юношеском возрасте при наличии органически обусловленной патологической почвы (явления минимальной мозговой дисфункции), у лиц с преобладанием тормозимого и истероидного радикала, а также с идеализированными представлениями о жизни и высокоморальными нравствен­ными установками с чертами возрастной личностной незрелости. Депрессивный аффект внешне проявляется не всегда; потерпевшие с трудом, но справляются со своими обязанностями, посещают занятия, что требует от них определенных усилий, вместе с тем отмечаются снижение работоспособности, повышенная истощаемость, несвойственные ранее возбудимость, ранимость, плаксивость в сочетании с отгороженностью, замкнутостью, нарушения сна, сверхценные переживания, разнообразные фобии, депрессивные идеи отношения и чувство вины («сама виновата — не могла за себя постоять», «все знают и осуждают» и т. д.). Упоминания о психотравмирующей ситуации (проведение следственных мероприятий, экспертиз и пр.) вызывает кратковременное ухудшение состояния с углублением депрессивной симптоматики, с поглощенностью тягостными воспоминаниями, концентрацией сознания на событиях случившегося несчастья, депрессивными «руминациями» с появлением чувства вины, идей отношения, самообвинения, с суицидальными мыслями и даже попытками, которые следует расценить как истинные, поскольку их мотивация носит депрессивный (психопатологический) характер.

Проявления **посттравматического стрессового расстройства** среди жертвсексуального насилия встречаются довольно часто (до 14%)**.** Распространенность ПТСР среди данного контингента потерпевших объясняется тем, что сексуальная травма, являясь крайней формой насилия над личностью, относится к сильнейшему психотравмирующему и экстремальному событию. Как показывает эпидемиологическое исследование, на протяжении жизни посттравматическим стрессовым расстройством заболевают 1% населения, а у 15% населения после тяжелых психических травм могут возникать симптомы этого заболевания (Чуркин А.А., 2001). В развитии ПТСР у потерпевших играют роль особенности сексуального насилия, характеризующиеся внезапностью, массивностью (изнасилование или несколько форм сексуального насилия одновременно) в условиях «конфликтно-стрессового» взаимодействия под влиянием агрессивного, грубого поведения посягателя (или группы посягателей) с применением физического принуждения. Клиническая картина расстройствахарактеризуется разнообразием проявлений: некоторые симптомы отмечаются практически у всех потерпевших, и являются облигатными признаками ПТСР у жертв сексуального насилия, ряд симптомов встречаются у большинства потерпевших (факультативные признаки), некоторые симптомы — лишь в единичных случаях. Облигатными симптомами являются: депрессивное настроение, повторные, ни с чем не связанные навязчивые воспоминания и мысли о случившемся (реминисценции), нарушения сна с повторными кошмарными сновидениями, в которых потерпевшие вновь переживают происшедшие события, резкое ухудшение состояния при ситуациях, напоминающих какой-либо аспект травмирующего события, психосоциальные нарушения (избегание разговоров, мест, связанных с ситуацией насилия, общения со сверстниками, отказ от посещения занятий и т. д.), снижение диапазона аффективных реакций, гипербдительность, фобические расстройства, соматовегетативные нарушения, ощущения униженности, оскорбленности. К факультативным признакам относятся чувство отрешенности, эмоциональной отчужденности, рассеянность внимания, ухудшение памяти, суицидальные мысли, неспособность ориентации на длительную жизненную перспективу. Лишь у единичных потерпевших отмечались навязчивые образы, проявлявшиеся внезапными яркими «наплывами» картин, отображающих детали происшедшего — состояние flash-back, навязчивые, неприятные ощущения в анально-генитальной области, выраженный психологический дистресс с двигательным беспокойством, тревогой, плачем при виде насильника на очной ставке. Расстройство характеризуется длительным и волнообразным течением.

Возрастные особенности психогенных состояний у малолетних потерпевших во многом зависят от характеристики сексуального насилия. При бесконфликтном взаимодействиии 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 неосведомленности ребенка в вопросах половых взаимоотношений. При неагрессивном поведении посягателя действия сексуального характера воспринимаются детьми как игра, либо 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 11–12 лет уже наблюдаются очерченные психогенные расстройства, особенно выраженные при инцесте. В ситуации конфликтно-стрессовоговзаимодействия, при грубом и агрессивном поведении посягателя у малолетних детей в криминальной ситуации 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 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.

В клинической картине **тревожно-фобических расстройств** доминируют тревога и страх. Страхи (фобии) возникают на фоне повышенной тревожности, выраженного беспокойства с внутренним напряжением, подавленным настроением, ощущением надвигающейся опасности, боязни повторения психотравмирующей ситуации в обстоятельствах, сходных предшествующему психогенному воздействию. Фабула страха четко связана с перенесенной травмой: дети боятся незнакомых лиц мужского пола, темных и пустых помещений, отказываются выходить на улицу, оставаться дома без родителей. Симптоматика усиливается под влиянием незначительных раздражителей, а также при проведении следственных мероприятий (повторные допросы, очные ставки и т. д.). Девиации поведения практически всегда сопровождают психогенные расстройства у детей и подростков. В части случаев поведенческие нарушения становятся не только ведущими в клинической картине психогенных расстройств, но оказываются их единственным выражением, их «маской» (Гурьева В.А., 1996).

Клиническая картина **поведенческих нарушений (**по МКБ-10:«Смешанное расстройство эмоций и поведения»**)** у потерпевшиххарактеризуется как аффективными расстройствами, так и поведенческими реакциями: повышенная раздражительность, вспыльчивость, нетерпимость к замечаниям взрослых, склонность к демонстративным и внешнеобвиняющим формам реагирования, отсутствие «аффективного резонанса» к чужим переживаниям. Наиболее часто у потерпевших отмечаются реакции протеста, проявляющиеся непослушанием, грубостью, вызывающим поведением, агрессией и враждебностью по отношению к близким, в ряде случаев с аутоагрессией (попытка нанести самопорезы, медикаментозное отравление). Интенсивность аффективных расстройств колеблется от субдепрессивных до легких депрессивных состояний. Порой депрессивный компонент проявляется не всегда: потерпевшие внешне выглядят упорядоченно и спокойно, но за «фасадом» скрывается выраженная аффективная напряженность, которая выявляется при упоминании о случившемся, необходимости повторных допросов и воспоминаний деталей психотравмирующей ситуации.

Сложность и своеобразие психогенных расстройств при длительном **внутрисемейном сексуальном насилии —** инцесте, как пишет Н.Б. Морозова (2001),заключаются в том, что они развиваются не после однократных массивных психических травм, а в результате пролонгированного действия своеобразной 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 травматизирования, которое приобретает характер «жизненной ситуации» (Гурьева В.А., 1998) 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. При длительном инцесте, начавшемся в раннем возрасте, у потерпевших возникают характерные психические расстройства с определенной динамикой, которые укладываются в рамки своеобразных психогенных и патохарактерологических развитий личности. В основе психогенных развитий лежит дистресс, перерастающий в депрессию с аффективным истощением, которая сопровождается формированием личностных и психосексуальных расстройств. На первом этапе **(психогенной сенсибилизации)** сексуальные эксцессы приводят к возникновению аффективных субшоковых реакций с последующими астеническими и невротическими проявлениями. С возрастом в процессе психосексуального созревания с появлением и расширением информированности в области половых отношений и морально-нравственных норм появляется осознание инцеста как общественно неприемлемой формы. На втором этапе **(невротическом)** примерно с препубертатного возраста у потерпевших формируется комплекс аффективно насыщенных сверхценных переживаний с фиксацией на них, стойкое негативное отношение к посягателю, появляются депрессивные и личностные расстройства, агрессивное аутистическое фантазирование.

По клиническим характеристикам чаще наблю­даются астенодепрессивные состояния; у органически стигматизированных лиц депрессия имеет дисфорическую окраску. Преобладает невротический уровень расстройств, но могут развиваться и глубокие депрессивные состояния с рудиментарными психотическими включениями, ауто- и гетероагрессивными мыслями и тенденциями. В структуре синдрома фантазирования типичны фантазии на тему избавления от источника насилия с образным представлением сцен его гибели от несчастных случаев или даже мыслями о собственном участии в его смерти. Трансформация личностных структур характеризуется нарастанием мозаичности с преобладанием сензитивной шизоидности или эксплозивности. При патохарактерологическом варианте наблюдается сочетание повседневного травматизирования с прямым культивированием родителями социально неприемлемых форм проявления сексуальной активности и имитацией ребен­ком существующих в семье отношений. Для него типично наличие выраженных психопатоподобных расстройств, которые сопровождаются психосексуальным дизонтогенезом в виде опережения и извращения становления сексуальности вплоть до формирования садомазохистских 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 способствует 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 (ЧМТ) головного мозга,** которые имеют важное судебно-психиатрическое и юридическое значение, поскольку при них у потерпевших нередко наблюдаются различной глубины нарушения сознания и последующая амнезия событий криминального периода. В таких случаях психиатрам приходится решать сложный комплекс вопросов о юридически значимых способностях потерпевших и тяжести вреда здоровью.

### *8.2.3. Методологические принципы экспертизы потерпевших*

Согласно ч. 1 ст. 42 УПК РФ «потерпевшим является физическое лицо, которому преступлением причинен физический, имущественный, моральный вред, а также юридическое лицо в случае причинении преступлением вреда его имуществу и деловой репутации». В соответствии с Законом потерпевшие наделяются определенными процессуальными функциями — правами и обязанностями. Они вправе знать о предъявленном обвиняемому обвинении, заявлять ходатайства и отводы, отказаться свидетельствовать против самого себя, своих родственников, давать показания на родном языке или языке, которым владеют, бесплатно пользоваться помощью переводчика, приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, являться на допрос с адвокатом, активно отстаивать свои интересы, знакомиться с протоколами следственных действий, со всеми материалами уголовного дела, получать копии, заявлять отводы, ходатайства, выступать в прениях, выражать свое отношение к результатам следствия, задавать вопросы обвиняемым (а также реализовывать многие другие права в соответствии с ч. 2, 3, 4 ст. 42 УПК РФ) и тем самым могут активно влиять на процесс расследования. Наряду с правами у потерпевших имеются обязанности: они не вправе уклоняться от явки по вызову дознавателя, следователя, прокурора и в суд (в случае неявки без уважительной причины они могут быть подвергнуты приводу), разглашать данные предварительного следствия. Одной из основных процессуальных функций является право и обязанность давать показания, которые становятся доказательствами по делу и имеют важное значение в установлении истины. За отказ от дачи показаний и за дачу заведомо ложных показаний они несут ответственность в соответствии со статьями 307 и 308 УК РФ. При этом Закон исходит из презумпции способности потерпевших реализовывать свои процессуальные функции в ходе предварительного и судебного следствия. Вместе с тем эта способность может быть нарушена по разным причинам, особенно у лиц с психическими расстройствами. Поэтому для определения сохранности способности правильно воспринимать обстоятельства дела и давать показания в соответствии со ст. 196 УПК РФ обязательно назначается экспертиза с привлечением специалистов, вид которой законодательно не оговаривается. В экспертной практике в отношении конкретного потерпевшего работниками судебно-следственных органов обычно формулируется комплекс вопросов, решение которых невозможно без четко разработанной методологии, определения предмета и методов исследования. Выделяют четыре вида судебно-психиатрической экспертизы потерпевших, методология которых разработана Ю.Л. Метелицей (1990):

- экспертиза по определению психических расстройств, обусловливающих «беспомощное состояние»;

- экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих способность давать показания;

- экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих уголовно-процессуальную дееспособность;

- экспертиза по определению степени тяжести вреда здоровью, повлекших психические расстройства.

Каждый из них характеризуется собственной проблематикой, предметом исследования, задачами, но все они объединены процессуальной фигурой потерпевшего. Поэтому в отношении каждого потерпевшего независимо от категории уголовного дела может быть назначен любой из видов СПЭ и, одновременно, в отношении конкретного потерпевшего могут быть сформулированы разные вопросы. Важным методологическим принципом является то, что объект исследования (психическое состояние потерпевшего) и предмет каждого вида экспертиз необходимо соотнести с юридически значимыми ситуациями, которые проходит лицо, оказавшееся жертвой преступления (предкриминальная, криминальная, посткриминальная, следственная, судебная, постсудебная).

Анализ публикаций в области виктимологии и судебной психиатрии показывают, что психические расстройства у потерпевших имеют важное юридическое и судебно-психиатрическое значение (Метелица Ю.Л., 1990; Антонян Ю.М., 1993; Печерникова Т.П., 1993; Морозова М.В., 1995; Догадина М.А., 1998; Морозова Н.Б., 1999 и многие др.). Их влияние в предкриминальной ситуации нередко приводит к виктимному поведению жертвы и способствуют совершению в отношении нее противоправных действий; в криминальной ситуации — на способность понимать характер и значение сексуальных действий и оказывать сопротивлении («беспомощное состояние»), в судебно-следственной — на способность давать показания и т. д.

Доказано, что малолетним и несовершеннолетним потерпевшим целесообразно проведение комплексных психолого-психиатрических (КСППЭ) и комплексных психолого-сексолого-психиатрических экспертиз (КСПСПЭ). В их задачи входит, помимо выявления и судебно-психиатрической оценки психических расстройств, определение возрастных, индивидуально-психологических, личностных особенностей, выявление и определение формы дизонтогенеза, этапа психосексуального развития потерпевших, сформированности базовых психологических структур, ответственных за понимание потерпевшими характера и значения сексуальных действий (особенно в препубертатном и подростковом возрасте), а также степени взаимного влияния всех факторов на формирование той или иной юридически значимой способности несовершеннолетних потерпевших и конкретной меры ее проявления в ситуации совершения правонарушения и в ходе судебно-следственного процесса. Все эти вопросы носят междисциплинарный характер и не могут быть решены в рамках изолированных, базовых экспертиз. Соответственно возникает необходимость определения границы компетенции участвующих в экспертизе специалистов.

**В компетенцию психиатра-эксперта** входят: выявление, диагностика, клинико-динамическая квалификация психических расстройств, согласно современной классификации болезней (МКБ-10), оценка психопатологических особенностей потерпевших на различных этапах юридически значимой ситуации. **В** **компетенцию психолога-эксперта** входят: оценка возрастных, индивидуально-психологических, личностных особенностей потерпевших, анализ эмоционального состояния, их регулятивное влияние в интересующий судебно-следственные органы период. К **компетенции сексолога-эксперта** относится оценка этапа психосексуального развития потерпевших, определение базовых психологических структур полоролевой идентичности, понятийной фазы формирования сексуальности, то есть уровня информированности в вопросах взаимоотношения полов и восприятие ими специфической направленности деликта, а также выявление особенностей при дизонтогенетическом развитии, сексуальных расстройств, возникших в результате сексуального насилия (при длительном инцесте). Но, несмотря на разграничение сфер компетенции специалистов происходит их взаимодействие и взаимодополняемость с целью выработки дифференцированного экспертного заключения.

К **совместной компетенции экспертов** относится установление «функционального» диагноза, определение влияния психического расстройства, возрастных особенностей и т. д. на юридически значимые способности потерпевших, т.е. решение экспертных вопросов.

**Алгоритм экспертного исследования** при освидетельствовании потерпевших должен складываться из трех последовательных этапов:

Первый этап — судебно–психиатрическое исследование, направленное на диагностику, синдромологическую квалификацию психического расстройства у потерпевших на различных этапах юридически значимой ситуации.

Второй этап — исследование возрастных, индивидуально-психологических, личностных особенностей потерпевших, в том числе особенностей их психосексуального развития, которые влияют на содержательную сторону юридического критерия.

Третий этап — интегративная оценка юридически значимых способностей потерпевших с психическими расстройствами и без таковых в уголовно-релевантный период с последующими формулировкой общего вывода и решения экспертных вопросов.

**Систему экспертных оценок** при освидетельствовании несовершеннолетних потерпевших составляют перечисленные ниже основные принципы.

1. Комплексность подхода с учетом всех факторов: возрастного (уровень психического развития, внушаемость, подчиняемость, склонность к фантазированию, развитость долговременной памяти, абстрактного мышления, осведомленность в вопросах половых отношений, сформированность критических и прогностических способностей); дизонтогенетического (ретардация или опережение психического и психосексуального развития); психопатологического (степень выраженности психических нарушений, качественное изменение психического функционирования с патологической мотивацией поведения) и ситуационного.

2. Необходимость индивидуального и дифференцированного подхода к решению экспертных вопросов с учетом клинических особенностей психогенных расстройств их проявлений и динамики в каждом конкретном случае.

3. Динамичность при решении экспертных вопросов с ретроспективной, презентальной и прогностической оценкой способности несовершеннолетних потерпевших выполнять те или иные функции на различных этапах юридически значимой ситуации;

4. Последовательность анализа потенциальных способностей (в ходе исследования) и актуальной возможности их реализации в различных юридически значимых ситуациях, а также установление конкретных вариантов их ограничений и нарушений;

5. Одновременность изучения юридически значимых категорий — способности понимать характер и значение сексуальных действий преступника, способности давать показания и «уголовно-процессуальной дееспособности».

### *8.2.4. КСППЭ по определению «беспомощного состояния»*

Одним из важнейших юридических понятий, рассматриваемых правоохранительной системой не только как признак состава преступления (ст. 105, 111, 112, 117, 131, 132 УК РФ), но и как обстоятельство, усугубляющее ответственность (п. 3 ст. 63 УК РФ), является «***беспомощное состояние»*** жертвы преступления. В соответствии с Постановлением Пленума Верховного суда РФ № 4 от 22 апреля 1992 г. «О судебной практике по делам об изнасилованиях», его критериями является неспособность потерпевших в силу физического или психического состояния (малолетний возраст, физические недостатки, расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние и т. п.) понимать характер и значение совершаемых с ней (с ним) действий или оказывать сопротивление. Констатация «беспомощного состояния» относится к компетенции суда; задачей КСППЭ является выявление психических расстройств или психологических особенностей, которые в момент сексуального насилия обусловливают развитие беспомощного состояния.

Медицинский критерий беспомощного состояния включает широкий круг психических расстройств. Естественно, перечень причин, лежащих в основе «беспомощности», остается открытым, к ним можно отнести и другие, например, «парализующий волю аффект страха», а во главу угла следует ставить результирующий дизрегулятивный эффект различных обстоятельств, вызванных действием сходных, но не идентичных психическим расстройствам состояний.

Юридический критерий содержит интеллектуальную (способность понимать характер и значение) и волевую (возможность оказывать сопротивление) составляющие. Наличие любого из этих компонентов является достаточным для констатации состояния беспомощности. Содержательная трактовка интеллектуальной составляющей беспомощного состояния может быть осуществлена на основе уровней понимания, выделенной Ю.Л. Метелицей (1988): понимание внешней стороны юридически значимых событий; понимание их фактической стороны; социального значения криминальных событий и социального значения криминальных событий на уровне личностного смысла. При этом для констатации беспомощности достаточно нарушения понимания на одном из выделенных уровней.

Анализ статей УК РФ и УПК РФ, касающихся потерпевших, а также исследования в области виктимологии показывают, что при сексуальном насилии важное правовое значение приобретает способность жертвы осознавать специфический характер противоправных действий правонарушителя и оценивать те негативные последствия, которые они могут вызвать. М.М. Коченов (1980) предложил следующие показатели правильного понимания потерпевшими характера и значения сексуальных действий: осознание угрожающего характера ситуации на ранних этапах ее развития; правильное понимание нравственно-этической стороны происходящего, которое может отсутствовать при понимании фактической стороны (биологического смысла) сексуального правонарушения. И.А. Кудрявцевым (1988) разработана категория понимания потерпевшими характера и значения, совершенных в отношении них сексуальных действий. Понимание «характера» действий — это прежде всего отражение их содержательной стороны, основанное на информированности в сексуальных вопросах: функциональных особенностях разных полов, физиологии половых отношений, принятых нормах их проявлений, знание вопросов зачатия и деторождения. Понимание «значения» действий охватывает смысловой аспект по трем направлениям: со стороны осознания своих целей и мотивов к мотивам и целям преступника в криминальной ситуации; оценка последствий к будущему, а также отношение этих действий к морально-нравственным и правовым нормам. По мнению О.Д. Ситковской (2000), способность правильно понимать действия посягателя не может быть однозначно и прямо соотнесена с возрастом потерпевшей. Неспособность девочек моложе 10 лет понимать характер и значение совершаемых с ними действий на практике почти не вызывает сомнений. В отношении же девочек 10–12 лет этот вопрос приходится специально выяснять. Как отмечают А.А. Ткаченко и М.А. Догадина (1998), способность понимать характер и значение сексуальных действий зависит от возраста ребенка, этапа психосексуального развития. Доказано, что сформированность этой способности напрямую не зависит от паспортного возраста, а определяется этапом психосексуального развития ребенка и отличается большой вариабельностью, особенно при дизонтогенезе. Способность понимать характер и значение сексуальных действий формируется у детей в ходе развития полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций в структуре сознания, самосознания и образа «я». Полнота этой способности зависит в первую очередь от сформированности базовых психологических структур полоролевой идентичности. На этапе полового самосознания (до 7-летнего возраста) у малолетних эта способность полностью отсутствует, так как дети владеют лишь информацией о формальном различии полов, а понятийная фаза сексуальности не развита. При нормативном развитии на этапе полоролевого поведения (до 13–14 лет) у детей происходит формирование психологических базовых структур половой и полоролевой идентичности, понятийная фаза формирования сексуальности характеризуется совмещением приобретенной информации с социально ожидаемыми формами ее реализации. Поэтому дети понимают характер сексуальных действий, а понимание их значения может быть различным. На этапе психосексуальных ориентаций у несовершеннолетних потерпевших обычно завершается формирование базовых структур полоролевой идентичности, понятийная фаза характеризуется становлением направленности либидо в соответствии с индивидуальными особенностями и нормами микросоциальной среды, поэтому большинство несовершеннолетних понимают характер и значение сексуальных действий. Ограничения могут наблюдаться при асинхрониях психосексуального развития в результате дисгармоничного становления психических структур, задействованных как в основах полоролевой идентичности, так и в понятийном компоненте сексуальности. При этом важное значение приобретает уровень развития морального сознания и интериоризация высших нравственно-этических представлений. При психических расстройствах в результате психосексуального дизонтогенеза может наблюдаться нарушение сроков становления сексуальности, что отражается на формировании способности потерпевших понимать характер и значение сексуальных действий.

Таким образом, *принципиальная (потенциальная) способность* несовершеннолетних потерпевших *понимать характер и значение* сексуальных действий формируется в процессе онтогенеза и зависит от этапа психосексуального развития, а также от сте­пени выраженности психических расстройств независимо от их нозологической принадлежности. Согласно мнению Н.Б. Морозовой (1999), у несовершеннолетних с психическими расстройствами потенциальная способность понимать характер и значение сексуальных действий обусловлена взаимодействием трех факторов: возрастного (несформированность базовых психологических структур этапа психосексуальных ориен­тации), дизонтогенетического (нарушение возрастных закономерностей становления сексуальности в виде ретардации или асинхроний) и психопатологического (выраженность общего психического дефекта). При выраженном интеллектуальном недоразвитии и эмоционально-волевых расстройствах с качественным нарушением процессов восприятия и осознания информации, при клинически оформленном психопатоподобном синдроме, пато­логической внушаемости и фантазировании эта способность нарушена или отсутствует независимо от возраста потерпевших. У потерпевших с нерезко выраженным общим психическим дефектом ведущая роль принадлежит дизонтогенетическому фактору (ретардация психического и психосексуального развития, личностная незрелость с эмоционально-волевыми нарушениями). При длительном инцесте сексуальное насилие происходит на фоне непрекращающегося психического и психосексуального развития с постепенным формированием и расширением информированности детей в области половых отношений, что приводит к необходимости дифференцированных экспертных заключений. В таких случаях на период начала сексуального насилия у малолетних констати­руется отсутствие потенциальной способности понимать характер и значение сексуальных действий, а на момент его окончания — ее наличие в полной или неполной мере. При установлении*актуальной возможности реализации потенциальной способности* в конкретной ситуациинесовершеннолетних потерпевших понимать характер и значение совершаемых с ними действий ведущее значение приобретает ситуационный фактор. Автором выделены три типа ее ограничений или утраты: *психогенный* (в результате психотравмирующего воздействия сексуального насилия и острых аффективно-шоковых или субшоковых реакций); *травматический* (при получении ЧМТ с нарушением сознания); *интоксикационный* (вследствие состояния опьянения и интоксикации при приеме различных средств).

Способность *оказывать сопротивление*напрямую зависит от сохранности интеллектуального компонента; ее ограничение может возникать при эмоционально-волевых расстройствах гиподинамического типа в рамках различных психопатологических состояний, у личностей, склонных к психогенной дезорганизации в стрессовых ситуациях, а также при субъективной оценке потерпевшими ситуации как безвыходной. Иногда эта способность снижается и при алкогольном опьянении, протекающем без нарушений сознания, но сопровождающемся выраженным миорелаксирующим эффектом.

**Экспертная оценка способности малолетних и несовершеннолетних потерпевших давать показания.**Чрезвычайно важное значение для следствия и суда имеют показания свидетелей и потерпевших. Поэтому, если возникают сомнения в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать показания обязательно назначение судебно-психиатрической экспертизы (ст. 196 п. 4 УПК РФ). Необходимо отметить, что свидетелям в отличие от потерпевших такая экспертиза может проводиться только с их согласия или с согласия их законных представителей (ст. 195 п. 4 УПК РФ).

Разработке проблемы свидетельских показаний посвящены работы многих отечественных и зарубежных психологов, психиатров и юристов (Сербский В.П., 1895; Krafft-Ebing R., 1895; Gross G., 1899; Binet A., 1900; Корсаков С.С., 1901; Stern W., 1904; Крамер А., 1904; Введенский И.Н., 1944; Юсевич Л.С., 1940, 1950; Бунеев А.Н., 1954; Фрейеров О.Е., 1958 и др.). Особое место в этих работах занимали проблема лжи при свидетельствовании и анализ самих показаний. P. Lempp (1983) развивал точку зрения, что эксперт должен ограничиться рассмотрением правильности показаний, а не оценивать их достоверность. В некоторых европейских странах (Германия, Польша, Швеция) оценка достоверности свидетельских показаний отнесена к предмету экспертизы. В частности, в Германии существует система принципиальных критериев «реальности показаний» (АСОК), разработанная для оценки правдивости детских показаний, особенно в случаях правонарушений сексуального характера, когда показания ребенка являются единственным доказательством по делу. В нашей стране кардинальным принципом судебно-психологической и психиатрической экспертизы является изучение психического состояния потерпевшего в динамике и установление принципиальной возможности давать показания, а не определение их достоверности, что относится к компетенции суда. Как отмечает Т.П. Печерникова (1997), практика ведения уголовного процесса свидетельствует, что зачастую правильная оценка следствием и судом показаний потерпевших, даже не имеющих каких-либо психических нарушений является непростой задачей. Вместе с тем показания в ходе экспертизы подвергаются тщательному анализу, так как они содержат важную информацию о динамике психического состояния и являются дополнительным объектом исследования наряду с медицинской документацией и другими материалами дела. Б.В. Шостакович (1992) подчеркивает, что экспертиза по определению способности давать показания сложнее оценки вменяемости, поскольку здесь необходимо выяснить психическое состояние не только в момент деликта, но и в период следственных мероприятий, а также прогнозировать способность адекватного поведения и руководства своими действиями и высказываниями во время судебного разбирательства. Таким образом, своеобразие экспертизы заключается в том, что вопрос о способности давать показания может быть поставлен применительно к любому этапу юридически значимой ситуации вплоть до судебного заседания, т.е. возникает необходимость ретроспективной, презентальной (в настоящее время) и прогностической оценки психического состояния подэкспертного (Шишков С.Н., 1988; Метелица Ю.Л., 1990). Естественно, что в зависимости от психического состояния оценка способности давать показания в разные периоды времени может быть различной. Из этого вытекает важнейшее положение о необходимости различать потенциальную способность и актуальную возможность ее реализации в конкретной юридически значимой ситуации и о предмете комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ). Под **потенциальной (принципиальной) способностью давать показания** понимается сохранность психических процессов и психологических структур, ответственных за регуляцию процессов восприятия и воспроизведения информации, отсутствие дефектов сенсорных систем. **Актуальная возможность давать показания** есть реализация потенциальной способности в конкретной ситуации. **Предмет КСППЭ по определению способности потерпевших давать показания** определен как такие качества психических расстройств и сопутствующих психологических особенностей и обстоятельств (возрастных, личностных, эмоциональных и др.), совокупное дезрегулятивное влияние которых на познавательные процессы и личностное функционирование определяет невозможность (ограничивает возможность) потерпевших преступления правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания..

Изучению формирования показаний у детей, их возрастным особенностям, а также технике допроса детей уделяется большое внимание (Внуков В.А., Брусиловский А.Е., 1929; Сильчева Н.П., 1974; Осипова Н.Р., 1978; Тихонов Ю.С., 1978 и др.). По мнению Н.Р. Осиповой (1978), с психологической позиции под способностью правильно воспринимать важные для дела обстоятельства малолетнего свидетеля следует понимать два качественно различных уровня отражения ситуации. В большинстве случаев для привлечения ребенка в качестве свидетеля достаточным является его способность отражать чисто внешнюю, формальную сторону обстоятельств; в других — необходим иной уровень: понимание ребенком внутреннего содержания, осознания объективного значения происходящего. Принято считать, что **внешней, фактической стороной** воспринимаемых событий является восприятие их на уровне чувственного отражения, то есть восприятие предметов, их сочетаний, действий обвиняемого, окружающих и своих собственных, а также их последовательность и др. **Внутренняя, содержательная сторона** — это понимание объективного (культурного, социального) значения происходящего события, оценивание его как такового в момент происшествия, т.е. способность понимать сущность события «во всей его целостности». Не всегда однозначно и бесспорно решение вопроса о способности детей давать показания, особенно если это касается сексуальных правонарушений. Так, по мнению Е.М. Холодковской и соавт. (1980), даже если малолетние потерпевшие по делам о половых преступлениях не страдают психическим заболеванием, это еще не значит, что они могут выступать в суде и давать показания, так как они не понимают значения совершенных в отношении них действий и не воспринимают их как сексуальное посягательство. М.М. Коченов (1980) отмечал, что при совершении развратных действий, сущности которых дети не понимают, но способны запечатлеть в памяти сами поступки, следует признать, что ребенок может давать показания, поскольку доказательством может служить простое описание фактов без оценки их внутреннего содержания. Аналогичного мнения придерживаются Б.З. Шаихова (1993), М.В. Догадина (1998), которые считают, что, несмотря на непонимание ребенком характера и значения сексуальных действий, он может правильно воспринимать внешнюю, фактическую сторону обстоятельств, имеющих значение для дела, и давать об этом показания. Новый подход к экспертной оценке способности малолетних и несовершеннолетних потерпевших давать показания предложен М.В. Морозовой (1995). Ею выделены четыре фактора: возрастной, личностный, дизонтогенетический и ситуационный, различные сочетания которых ограничивают способность воспринимать и возможность воспроизводить как внешнюю, так и содержательную сторону событий.

Как известно, любое показание представляет собой воспоминание, то есть воспроизведение прежде полученных впечатлений, точность и правильность которых зависит от способности к восприятию, фиксации, полноты произвольного восстановления в сознании пережитого, умения выразить свое воспоминание словами (вербализация), а также от условий, в которых происходит восприятие и яркости пережитых событий. Условно процесс формирования показаний можно разделить на три стадии: восприятие, запоминание и воспроизведение. Важнейшей характеристикой восприятия является его осмысленность, которая формируется у малолетних в процессе онтогенеза и достигает высшего, кате­гориального, уровня у взрослых. При этом развивается способность адекватно отражать не только физические объекты, но и существенные связи предметов и явлений, а также ситуации взаимодействия между людьми. Важное значение для объективного отражения действительности имеет индивидуальный жизненный опыт детей, поэтому простые события они могут воспринимать и воспроизводить правдиво, а особые сложности возникают при восприятии ими обстоятельств, сущности которых они не знают и не понимают. Вместе с тем даже в таких случаях дети могут дать инфор­мацию о конкретных вещах. У детей с нормативным психическим развитием потенциальная способность давать показания, как правило, сохранена; ограничения касаются толь­ко уровня осмысления сложных событий, особенно при их сексуальном характере. Поэтому дети могут воспринимать только внешнюю, фактическую сторону событий криминального периода. У детей с дизонтогенезом возможно наруше­ние как потенциальной, так и актуальной способности давать показания (Морозова М.В., 1995 и др.).

Н.Б. Морозовой (1999) выделены 3 варианта нарушения или ограничения *актуальной возможности реализации потенциальной способности* потерпевшими правильно воспринимать обстоятельства, имеющие юридическое значение: *психогенный, травматический и интоксикационный*, которые определяются ситуационным фактором. Согласно данным автора, при *психогенном варианте* в зависимости от личностных особенностей и характера сексуального насилия у потерпевших могут развиваться острые аффективные реакции вплоть до субшоковых и шоковых с глубоким аффективным сужением сознания, что может привести к парциальному ограничению (а в некоторых случаях и нарушению) актуальной способности правильно воспринимать обстоятельства дела. При травматическом варианте в результате ЧМТ с потерей сознания также может возникать парциальное ограничение актуальной способности на период нарушенного сознания. *Интоксикационный вариант* наблюдается при состояниях выраженного алкогольного (наркотического, токсикоманического) опьянения и характеризуется нарушением сознания в виде оглушения различной глубины вплоть до сопора и комы. Все эти варианты сопровождаются более или менее длительной амнезией событий, происходивших в криминальном периоде, что обусловливает *парциальное ограничение способности потерпевших давать* *показания* в ходе следствия при сохранной способности воспринимать обстоятельства, имевшие место до развития у них нарушений сознания и после его восстановления.

Таким образом, возможны следующие варианты ограничения способности потерпевшими и свидетелями давать показания: *по уровню осмысления* (у малолетних и несовершеннолетних с психическими расстройствами при наличии у них потенциальной способности воспринимать вне­шнюю, фактическую сторону событий); *отсроченное* воспроизведение обстоятельств дела (у малолетних — вследствие несформированности у них долговременной памяти и у несовершеннолетних с психическими расстройствами при наличии у них мнестических нарушений); *парциального* характера (у лиц с ограниченной актуальной возможностью реализации потенциальной способности воспринимать события в результате различных видов амнезий после ЧМТ, состояний интоксикации или аффективно-шоковых реакций); *временнóго* характера (при декомпенсации психических расстройств, психогенных депрессиях, травматической болезни и т.д., в связи с медицинскими противопоказаниями участвовать в следственном процессе до улучшения состояния).

Экспертная оценка психических расстройств у потерпевших при получении ими черепно-мозговой травмы в уголовно-релевантный период и заключение о сохранности способности давать показания зависит от клинического оформления конкретного периода ЧМТ (в острый период от глубины и продолжительности нарушенного сознания, в подострый и отдаленный периоды от динамики мнестических нарушений, выраженности психоорганического синдрома), и поэтому может изменяться в процессе течения травматической болезни головного мозга (ТБГМ), что требует динамического подхода при освидетельствовании.

Внушаемость и склонность к фантазированию, по мнению многих авторов, способна существенно влиять на способность детей и подростков давать показания. Как известно, внушаемость зависит от возраста детей и от личностных особенностей. По мере взросления, накопления личного опыта и знаний они становятся менее внушаемыми; для подростков характерна не столько внушаемость, сколько подверженность индуцированию со стороны авторитетных лиц и лидеров референтных групп. Фантазирование является особенностью детской психики: маленькие дети легко включаются в мир своих фантазий и верят в них, в то же время они не смешивают их с реальностью и понимают условность фантазирования. У психически здоровых детей эти феномены носят возрастной, непатологический характер и должны рассматриваться как факторы риска в совокупности с другими условиями. У несовершеннолетних с психической патологией, в структуру которой входят синдром фантазирования и внушаемость, необходимо оценить степень выраженности и патологичности этих феноменов, выявить коморбидные психические расстройства и их влияние на способность потерпевших воспринимать события и их воспроизводить, произвольно регулировать свое поведение. К признакам патологичности синдрома фантазирования относят доминирование фантазий в сознании, готовность к перевоплощению, визуализацию образов, отрыв от реальности, утрату произвольности и критики, перерастание в бред воображения и детерминирование в поведении (Гурьева В.А., 1998). Патологическая внушаемость также выявляется не изолированно, а в структуре психических расстройств. Поэтому оба эти феномена должны оцениваться в сочета­нии с другими синдромами в системе экспертных оценок юридически значимых способностей малолетних и несовершеннолетних потерпевших. Также их необходимо учитывать работникам следствия при допросах малолетних, так как вопросы, носящие наводящий характер, могут существенно искажать содержание ответов и таким образом влиять на ход расследования. Именно поэтому при допросе детей следует избегать наводящих вопросов, обобщений, использования незнакомых им понятий и терминов, названий предметов и действий, а ответы фиксировать дословно. Большинство потерпевших могут давать показания; если же экспертная комиссия выявляет нарушение или ограниче­ние той или иной составляющей, то в заключении должен быть четко указан их вариант и временнóй период, на который они распространяются. Только при таком подходе работники правоохранительных органов получат возможность эффективно использовать результаты экспертизы.

### *8.2.5. Уголовно-процессуальная дееспособность малолетних и несовершеннолетних потерпевших*

Малолетние и несовершеннолетние потерпевшие по сравнению с взрослыми занимают особое процессуальное положение. Возрастной аспект закреплен в ст. 280 УПК РФ, в соответствии с которой при допросе потерпевших и свидетелей в возрасте до 14 лет обязательно участвуют педагог и законный представитель, а по усмотрению суда и в возрасте от 14 до 18 лет участвует педагог. Допрос несовершеннолетних, имеющих физические или психические недостатки, проводится во всех случаях в присутствии педагога. Перед допросом свидетелей и потерпевших, не достигших возраста 16 лет, им разъясняется значение для уголовного дела полных и правдивых показаний. Об ответственности за отказ от дачи показаний и за дачу заведомо ложных показаний эти лица не предупреждаются и подписка у них не берется. В целях охраны прав несовершеннолетних по ходатайству сторон их допрос может быть проведен в отсутствии подсудимого. По окончании допроса с разрешения председательствующего они могут покинуть зал судебного заседания. Несовершеннолетние в возрасте до 14 лет не подлежат приводу в случае неявки по вызову без уважительной причины (п. 6 ст.113 УПК РФ). И, хотя УПД несовершеннолетних имеет законодательное ограничение по возрасту, при отсутствии у них медицинских противопоказаний или нарушений спо­собности давать показания они участвуют в ходе расследования. Общеизвестно, что дача показания является хоть и важнейшей, но не единственной из процессуальных функций потерпевших, по закону они наделены широким диапазоном прав и обязанностей, регламентированными ст. 42 УПК РФ. Поэтому отдельно выделяется экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих уголовно-процессуальную дееспособность.Вместе с тем понятие «уголовно-процессуальной дееспособности» потерпевших в УПК РФ отсутствует. В работах судебных психиатров (Лунц Д.Р., 1966; Боброва И.Н., Шишков С.Н., 1979, 1986; Печерникова Т.П. и соавт., 1993 и др.) неоднократно поднимается вопрос о необходимости введения этой нормы в уголовно-процессуальный закон.

Проводимые клинико-психопатологические исследования жертв сексуального насилия показывают, что участие детей в судебно-следственном процессе является для большинства из них психотравмирующим фактором, приводящим к появлению у них негативных переживаний и развитию психогенных расстройств. Ф.В. Кондратьев (1987) особо подчеркивает деонтологические аспекты и необходимость чрезвычайно деликатного отношения к жертвам сексуального насилия, создания психологической атмосферы доверия и доброжелательности, осторожности при выяснении вопросов интимного характера. По мнению Ф.С. Сафуанова (1998), экспериментально-психологическое исследование жертв сексуального насилия должно проходить не только как диагностическая процедура, но и как психотерапевтический процесс. Вместе с тем практика показывает, что независимо от возраста потерпевшие исполняют свои процессуальные функции, многократно подвергаются допросам, участвуют в очных ставках, во всевозможных экспертизах и пр. Процесс допроса, некорректно поставленные вопросы, незнакомая обстановка зачастую обладая психотравмирующим эффектом могут приводить к затяжному течению имеющихся психогенных расстройств, а в ряде случаев определяют триггерный (пусковой) механизм в их возникновении. Кроме того, многократно повторяя свои показания о сексуальных действиях посягателя, ребенок непроизвольно задумывается о них, начинает понимать неправомерность и запретность этих действий. Все это может привести к преждевременному интересу ребенка к вопросам половых взаимоотношений и нарушению их психосексуального развития.

Таким образом, существуют два аспекта участия детей — жертв сексуального деликта в судебно-следственных мероприятиях: один из них связан с необходимостью реализации ими своих процессуальных прав и обязанностей; другой — в этико-деонтологических факторах и важности охраны психического здоровья потерпевших и профилактики психотравмирующих воздействий различных процедур, которым они подвергаются в процессе следствия.

Придерживаясь позиции необходимости максимальной защиты прав потерпевших, особенно детей, с учетом добровольности, а также необходимости разработки клинико-психологических критериев и системы экспертных оценок «уголовно-процессуальной дееспособности» малолетних и несовершеннолетних потерпевших нами выделяются следующие *варианты* *нарушения* или *ограничения* потенциальной способности потерпевших участвовать в судебно-следственном процессе и актуальной возможности ее реализации в конкретной юридически значимой ситуации: *возрастной*(законодательное ограничение самостоятельного участия до 18 лет); *психопатологический* (наличие выраженных психических расстройств, лишающих возможности давать показания и произвольно регулировать свое поведение); *ситуационный* (вследствие психотравмирующего влияния расследования); *деонтологический или по клиническому прогнозу* (Ткаченко А.А., 2003) (при малолетнем возрасте потерпевших в целях охраны психического здоровья ребенка, так как многократные допросы неосведомленного в вопросах половых взаимоотношений ребенка в последующем могут нарушать его психосексуальное развитие). При вынесении экспертного заключения о способности малолетними и несовершеннолетними потерпевшими исполнять свои процессуальные функции возникает необходимость ретроспективного анализа, презентальной и прогностической оценки состояния потерпевших в различных юридически значимых ситуациях; при временном ограничении, в зависимости от средней продолжительности течения различных форм психогенных расстройств и выраженности клинической картины, необходим дифференцированный и индивидуальный подход; заключение экспертной комиссии может носить как категоричный, так и рекомендательный характер по медицинским или деонтологическим мотивам.

**Принципы определения вреда здоровью от повреждений, повлекших психические расстройства.**В результате противоправных действий преступника у жертвы могут возникать не только телесные повреждения, но и психические расстройства. Поэтому определение степени тяжести телесных повреждений, повлекших психические расстройства (вреда здоровью от «повреждений, повлекших психические расстройства» — ПППР) является важнейшим аспектом экспертизы потерпевших. Вместе с тем необходимо отметить, что в настоящее время не разработана единая концепция по решению данной проблемы. Действующие ранее «Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью» (Приложение № 2 к приказу Минздрава РФ №407 от 10.12.96 г.) отменены, новые Правила находятся на стадии разработки. Согласно же формулировке ст. 111 УК РФ, психические расстройства, возникающие вследствие противоправных действий, рассматриваются как тяжкие («умышленное причинение *тяжкого вреда здоровью,* опасного для жизни человека, или повлекшего… *психическое расстройство,* заболевание наркоманией либо токсикоманией …»). Из этого следует, что любые психические расстройства (независимо от их глубины и продолжительности) должны квалифицироваться как тяжкий «вред здоровью», что противоречит представлениям, существующим в психиатрии и современной классификации (МКБ-10). Как замечает А.А. Ткаченко (2004), еще одной значимой проблемой проведения экспертизы по определению степени тяжести вреда здоровью является отсутствие необходимых критериев определения степени тяжести именно психических расстройств. Предлагается строить систему экспертной оценки тяжести «вреда здоровью от ПППР» с позиций единства медицинского и юридического критериев (Морозова Н.Б., 1999; Морозова Н.Б., Смирнова Т.А., Бадмаева В.Д., 2002). К медицинскому критерию следует относить широкий круг психических расстройств экзогенной природы. В первую очередь, это последствия полученных в криминальной ситуации ЧМТ с различной клиникой и динамикой ТБГМ и психогенные психические расстройства в виде: а) острой реакции на стресс с дезорганизацией психической деятельности и нарушением прогностических функций, когда потерпевшие, в силу возникших суицидоопасных состояний могут совершать аутоагрессивные действия с тяжелыми последствиями для своего здоровья; б) различного рода психогенно обусловленных психических нарушений в рамках посттравматического стрессового расстройства и расстройств адаптации.

Юридический критерий тяжести «вреда здоровью от ПППР» включает: а) «опасность для жизни» в момент причинения повреждений; б) «длительность расстройства здоровья»; в) «выраженность и стойкость нарушений адаптации» (в отличие от «утраты трудоспособности» у взрослых). Определение тяжести «вреда здоровью от ПППР» производится в рамках комплексных СПЭ. Традиционно участие в таких СПЭ судебных медиков, констатирующих тяжесть «вреда здоровью» при черепно-мозговых травмах.

Вместе с тем разнообразие криминальных ситуаций и тех психических расстройств, возникновение которых имеет причинно-следственную связь с сексуальным насилием, диктует необходимость совершенствования методологии СПЭ по определению тяжести «вреда здоровью от ПППР» и разработки стандартов. С точки зрения вреда здоровью необходимо рассматривать расстройства психосексуального развития и половой идентификации, которые развиваются у потерпевших в результате пролонгированного сексуального насилия, а также интоксикационные расстройства различной тяжести и клинического оформления, возникающие вследствие применения преступником алкогольных напитков, лекарственных и токсических препаратов.

При освидетельствовании малолетних и несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия наиболее предпочтительными являются комплексные психолого-сексолого-психиатрические экспертизы, что весьма плодотворно, в том числе и при определении тяжести «вреда здоровью от ПППР». При необходимости целесообразно привлечение и других специалистов: неврологов, нейрохирургов, наркологов, токсикологов. Заключение о тяжести «вреда здоровью от ПППР» следует выносить с учетом ретроспективной, презентальной и прогностической оценки психического состояния потерпевших только при достаточных объективных данных об их психическом здоровье до криминальной ситуации, на основе изучения динамики психических расстройств и привлечении при необходимости специалистов смежных профессий.

# **Глава 9. Профилактика и терапия психических расстройств у подростков**

Как мы видели, в подростковом возрасте и психическое, и физическое развитие обычно не происходит гладко и постепенно, для них характерны своеобразная дисгармоничность и неравномерность, нарушение относительного физиологического и психологического равновесия, достигнутого на предыдущем этапе онтогенеза, изменение реактивности организма. Все это обнажает и заостряет слабые стороны личности подростка, делает его более уязвимым и податливым в отношении неблагоприятных влияний среды.

В подростковом возрасте отмечается значительное учащение невротических и патохарактерологических реакций, часто встречаются такие болезненные отклонения, как нарушения сна, повышенная утомляемость, головные боли, плохой аппетит, сниженная работоспособность, плохая переносимость жары, духоты и езды в транспорте, головокружения, полуобморочные состояния и обмороки, разнообразные навязчивые привычки, склонность к страхам, ночное недержание мочи, снохождение и сноговорение, обидчивость, плаксивость, тики. Возможны также преходящие соматоэндокринные нарушения и проявления вазовегетативной лабильности.

В психологическом отношении, как уже упоминалось, для пубертатного периода характерна крайняя противоречиворсть, повышенное чувство взрослости и уровня притязаний, возрастная конфликтность. Особое внимание следует уделять подросткам в период негативной фазы пубертатного периода (12–15 лет), поскольку именно в это время отмечается особая подверженность неблагоприятным внешним воздействиям. Одной из отличительных черт этого периода является хрупкость нервно-психической организации. В связи с частотой пубертатной астении в этот период особую актуальность приобретают вопросы правильного регулирования интеллектуальной и физической нагрузки. Вместе с тем необходим активный контроль над свободным временем таких подростков, формированием у них трудовых установок, навыков с учетом их интересов и склонностей, социально-положительной доминанты, исключение случайных компаний.

Совершенно необязательно, чтобы указанные выше болезненные явления оставались надолго, их можно рассматривать как своего рода «болезни роста» — «дань возрасту». И действительно, к 16 годам у здоровых подростков самочувствие улучшается, хотя повышенная восприимчивость, ранимость остается, включая юношеский период, то есть примерно до 25 лет (период социального и психологического созревания). Иначе, как мы видели (раздел 3.1.1), дело обстоит при асинхрониях развития — вариантах с ускоренным (акселерированным) или замедленным (ретардированным) созреванием, когда эти сроки сдвигаются в ту или иную сторону и сопровождаются соответствующими психоневрологическими девиациями. Без учета этих возрастных особенностей проведение эффективных психогигиенических мероприятий невозможно. Однако это только одна сторона дела.

Вторая заключается в том, что в последние годы в нашей стране имеет место нарастающее ухудшение психосоматических и социокультуральных характеристик родительской семьи, свидетельствующее о том, что она часто не в состоянии обеспечить нормальное питание, воспитание и лечение больного (или стоящего на грани с болезнью) ребенка и подростка. По данным, полученным нами при диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия, семья либо не является полной (32,6%), либо родители страдают хроническими соматическими заболеваниями (65,3%), либо работают в условиях перманентного переутомления (43,1%), подвергаются систематическому воздействию профессиональных вредностей (25,3%), проживают в заведомо неблагоприятных жилищно-бытовых условиях (9,5%), находятся в психогенно-травмирующей ситуации (57,9%), злоупотребляют алкоголем или курением (21,0%), имеют те или иные психические аномалии (86,3%); при этом речь идет о хронических психических расстройствах в 50,5%, о конституциональной патологии в 15,8%, о хроническом алкоголизме — в 5,3% (больные хроническим алкоголизмом на работу в данное предприятие не принимались, так что в данном случае речь идет о тех, кто стал таковыми во время работы на данном предприятии).

Исследования последних лет показывают тенденцию к постепенному усугублению этих показателей. Наблюдается несомненный рост числа родителей, злоупотребляющих алкоголем и/или страдающих пограничными психическими расстройствами. Это особенно касается категории рабочих — как отцов, так и матерей наших больных. Данная группа, несмотря на наличие понимания болезненности своего состояния, всегда избегала обращаться за врачебной помощью, но в последние годы, начиная с момента распада Советского Союза, их обращаемость снизилась еще более существенно. Взамен нее проявилась категория безработных (более 10%), реже, несмотря на «льготы», стали лечиться пенсионеры, то есть дедушки и бабушки наших больных, несмотря на возрастание и у этой категории, как и во всех остальных группах, соматогенных психических расстройств.

Прогнозируемое усугубление отрицательных социокультуральных воздействий на психическое состояние и формирование личности подростка обусловлено ростом безработицы, числа малоимущих, беженцев. Способствует появлению невротических расстройств и личностной психопатизации культивируемые в наше время бездуховность, равнодушие, вседозволенность, культ насилия и жестокости. Все большую роль начинает играть и усугубляющаяся неудовлетворительность лечебно-педагогических подходов: практическое отсутствие института школьных врачей, пренебрежение психогигиеническими требованиями (например, увеличение числа уроков до 10–12 в день независимо от психофизиологического состояния учеников — попытка возместить низкое качество преподавания количеством учебных часов), полным отсутствием у многих учителей навыков лечебной педагогики. Существенное значение имеют предварительная ослабленность организма — например, вследствие перенесенного соматического заболевания, при проживании в трудных материально-бытовых условиях, при хронических нарушениях режима труда и отдыха, при нерегулярном и недостаточном питании (нерациональном, несбалансированном, с малым количеством овощей, фруктов, незаменимых аминокислот и микроэлементов). По данным НИИ детства (1992), в целом по России из-за резкого снижения потребления мясопродуктов, рыбы, овощей, фруктов, сахара потребность подростков в пищевых веществах не обеспечивается (например, дефицит полноценных белков составляет 25%, витаминов — 20–30%).

Как явствует из предыдущего изложения, роль отрицательных внешних факторов в генезе пограничных психических расстройств является ведущей. Среди них наиболее сильное влияние оказывают урбанизация и рост промышленного производства, они оказывают влияние на психику посредством формирования стрессовых ситуаций с возникновением разного рода психогений, истощающих влияний, вследствие неожиданной смены привычного динамического стереотипа и т. п. Особенно пагубны хронические психогенно-травмирующие ситуации, создающие условия для длительного эмоционального напряжения, например, при алкоголизме родителей (особенно матери) или неразрешимой конфликтной ситуации в школе. Аналогичным образом, приближающимся к хроническому психогенному травматизированию, действуют условия некоторых типов неадекватного воспитания, о чем мы подробнее говорили в разделе, посвященном формированию психопатий.

Большого внимания заслуживает и фактор переутомления, обычно возникающего не из-за такого стечения обстоятельств, когда он неизбежен, а из-за грубого нарушения психогигиенических рекомендаций. Роль этого фактора усиливается в условиях повышенной ответственности и дефицита времени. Особенно часто переутомление возникает при вынужденном лишении сна в условиях алкоголизации и злоупотребления курением. К переутомлению может привести и умственный труд, особенно в том случае, если он не сопряжен с творчеством и эмоциональным удовлетворением, характеризуется монотонностью, связан с высокой ответственностью и дефицитом времени для его выполнения. Большой ущерб умственной работоспособности (это особенно важно для старшеклассников и студентов) наносит хаотичность, неритмичность производственной деятельности, гипокинезия. Особого внимания заслуживает роль нарушения биологических ритмов сна и бодрствования. Дефицит дневного времени (весьма часто нерационально используемого), особенно в случаях повышенного уровня притязания, заставляет переносить на ночные часы львиную долю учебного труда. С позиций нейрофизиологии и биоритмологии понятно, что наиболее интенсивная интеллектуальная деятельность в таких случаях вынужденно приходится на период низкого уровня функций организма, соответствующего глубокому сну. А восполнения энергозатрат не происходит. Нарушается не только ночной сон, но и уровень дневной активности. При этом возникает насильственное рассогласование биоритмов с географическими ритмами. Все это ведет к появлению астенических и родственных им расстройств (Ласков Б.И. и др.).

Характерное для последних лет увлечение молодежи компьютеризаций чревато психоневрологическими последствиями в случаях несоблюдения гигиенических правил: подросток не осознает, что уже через 2–3 часа интенсивного диалога с машиной он перестает быть ее равным партнером, нарушается его физиологическая и психологическая стабильность, развиваются расстройства астенического ряда. Чрезмерная увлеченность аутистическими (по существу) компьютерными играми способствует появлению аутизации со всеми свойственными ей последствиями.

Одним из факторов, способствующих появлению пограничных расстройств, является неумение (или невозможность) организовать свой досуг. В 1958 году американским психиатром Н. Аккерманом были описаны «неврозы воскресного дня». Суть дела в том, что для очень многих (до 40%) это день, когда люди томятся от скуки. Неподгоняемые обычными обязанностями, они оказываются выбитыми из колеи, особенно остро ощущают свою неприкаянность. Настроение становится угрюмым, нарастают раздраженность, досада по поводу того, что очередной отдых прошел бездарно. Напряженность отношений между членами семьи становится невыносимой. Депрессия — характерное состояние для воскресного вечера. «Именно в это время, — пишет Х. Опашовский, — разыгрывается большинство семейных драм — от истерических ссор до убийств.

Последнее обстоятельство становится весьма актуальным для Японии (Близнакова Н.), что обусловлено особенно высокой интенсивностью труда в этой стране (систематические задержки на работе, отказ от полноценного использования отпуска и т. п.). Накапливается утомление, чувство разочарования, ощущение безвыходности, безысходности. Все это приводит не только к учащению депрессивных расстройств и иных пограничных состояний, но и к самоубийствам, в том числе и к расширенным. За год гибнет более тысячи человек.

У городских подростков и студентов младших курсов, не старающихся «выбиться в люди», свои проблемы, связанные с неумением конструктивно организовать свой отдых. Здесь и курение в подворотне, и алкогольные (а затем и наркоманические), и сексуальные эксцессы, нарастание социальной опасности при сближении с криминальными группами. Невероятное попустительство последних лет в отношении разного рода сект и оккультизма приводит к формированию — у зависимых и внушаемых личностей — состояний, близких к индукционному помешательству. Все более значимой становится проблема нажитых психопатий, что не исключает того, что под этой маской могут скрываться дебюты эндогенных расстройств, осложненных алкоголизмом, токсико- и наркоманиями.

Представляется перспективным, как это делается в США, формирование групп риска по шизофрении: инфантильно-грацильное телосложение, преморбид типа шизоидного или «мустеркинд» со склонностью к пассивному выполнению однообразных действий, симбиотическое цепляние или идеи иных родителей, гебоидные компоненты, склонность к метафизической — в том числе религиозной, оккультистской, компьютерной или интернетной — интоксикации, трудности сосредоточения, эмоциональная нивелировка или начальные проявления изменений типа «дерева и стекла» (по П.Б. Ганнушкину), появление конрадовских «зарниц» или форпост-синдромов Г. Гросс — с последующим психогигиеническим и психопрофилактическим наблюдением за этими лицами, предотвращением непосильных нагрузок при условии своевременной премедикации или назначении лечения.

Чрезвычайно важной задачей является адекватное ведение больных, получивших ЧМТ или другие органические поражения ЦНС. К сожалению, назначаемая при этом терапия очень часто носит совершенно недостаточный, спорадический характер. То обстоятельство, что в раннем посттравматическом периоде у этих больных часто возникает эйфория и проявления акатизии, приводит к ошибочной оценке со стороны травматологов о нормализации состояния этих больных и преждевременной выписке — без проведения курсового лечения, направленного на купирование психоорганических расстройств, к чему мы вернемся несколько ниже.

Наличие массивных и пролонгированных микросредовых вредностей с самого детства в группах больных олигофренией и ранними резидуально-органическими заболеваниями у подростков, коррелирующих как с частотой неблагоприятной динамики этих состояний, так и с выраженностью явлений педагогической запущенности, определяет возможности коррекции психических нарушений и профилактики общественно опасных действий. Последние заключаются в раннем выявлении детей с олигофренями и резидуально-органическими состояниями, своевременном устранении неблагоприятных средовых факторов и создании оптимальных (адекватных состоянию) условий обучения и воспитания. Не меньшее значение имеет также медикаментозная коррекция динамических сдвигов (реакции, декомпенсации) и профилактика ранней алкоголизации.

Сейчас же мы остановимся на вопросах психотерапии подростков с девиантным поведением. **Психотерапия** (в переводе с греческого «лечение душой», «душевное лечение») означает применение разных методов психического воздействия с лечебной или профилактической целью. Для адекватного представления о возрастном своеобразии психотерапии остановимся на шести уровнях детских и подростковых проблем.

1. Отсутствует безопасность существования — внешний мир не несет ни семье, ни подростку надежной защиты.

2. Семья также не обеспечивает безопасности пробанду нужного направления в его развитии, коррекции и положительных примеров преодоления стресса.

3. Подросток не приобрел умения ориентироваться в обществе и справляться с различными проблемами.

4. Пробанд находится в конфликте с самим собой, полон устрашающих мыслей и побуждений, имеет отрицательное представление о себе и тревожное — о мире.

5. Регуляторные личностные механизмы недостаточны. Подросток легко впадает в панику или становится агрессивным.

6. Вследствие нарушенного развития (чаще при органических поражениях) искажены механизмы нейрофизиологической регуляции.

При выборе методов лечения следует учитывать, что нозологическая диагностика, необходимая в любом случае, важна также для решения вопроса о целесообразности применения психотерапии. Иными словами, важно знать качественную характеристику заболевания и уровень психического расстройства (психотический, сверхценный, невротический). Вместе с тем для выбора психотерапевтического метода необходима синдромологическая квалификация. При этом надо учитывать, что уровень психического развития ребенка определяется не только фактическим возрастом, но и соответствием психического развития паспортному возрасту. Важное значение имеет этап онтогенетического развития (моторный, сенсомоторный, аффективный, идеаторный) и уровень патологического реагирования (соматовегетативный, психомоторный, аффективный, эмоционально-идеаторный). Нельзя обойтись без определения типа личности или личностной аномальности, уровня и качества социализации личности, оценки степени и качества педагогической запущенности, условий жизни. Важно определить имеющиеся у ребенка психологические установки, особенно те, которые препятствуют формированию внутренних конфликтов: это помогает уточнению механизмов развития психогений и целенаправленному их устранению. Для выбора правильного подхода к пациенту и налаживанию контакта необходимо знать структурную и динамическую характеристику возрастной психологии, знать, имеем мы дело с подростком, переживающим возрастной криз, или он находится в так называемой спокойной фазе. Абсолютно необходимо установить доверительные отношения с ребенком, завоевать у него авторитет, создать ощущение готовности к «исповеди», к обсуждению своих проблем. Родители и воспитатели должны знать о проблемах, тревожащих подростка и мешающих его социальной адаптации, так как их осведомленность определяет эффективность психотерапии.

Психотерапию нельзя противопоставлять медикаментозному лечению. Именно комплексное воздействие с правильным подбором методов может дать наилучший терапевтический эффект.

Психотерапия должна быть направлена не только на подростка, но и на его окружение, на тех взрослых, которые занимаются его воспитанием, лечением и обучением. Трудно ожидать высокого и стойкого терапевтического эффекта, если после окончания лечения пробанд вновь вынужден находиться в ситуации, оказавшейся для него патогенной (массивная дидактогения в школе, тяжелая семья, фрустрирующие переживания в связи с социальной изоляцией в соматическом стационаре). Небезызвестно, что большинство детей, нуждающихся в психотерапевтической помощи, являются выходцами из семей алкоголиков и деградантов.

Психотерапию условно делят на общую, частную и специальную. Ее основу составляют медицинская психология, этика, деонтология, лечебная педагогика и психопрофилактика.

**Частная психотерапия** — это методы психотерапевтического воздействия: рациональная, косвенная, гипносуггестивная, коллективно-групповая, семейная, внушение наяву, аутогенная тренировка, имаготерапия, психофизическая гимнастика и др. У каждого метода имеются свои приемы и модификации.

**Специальная психотерапия** *—* лечение определенных заболеваний.

Психотерапия начинается с установления контакта с больным и его родными. Далее следует подготовка к лечению, создание оптимальной психогигиенической атмосферы, формирование у больного психологической установки на выполнение врачебных назначений, определение режима жизни и питания.

Затем работа по коррекции характерологических нарушений и устранение вредных привычек, обучение адекватным способам психологической защиты, оптимальным приемам дезактуализации дистрессовых факторов, конфликтных ситуаций. И наконец, начинается этиопатогенетическая психо- и фармакотерапия выявленных расстройств.

Основными задачами психотерапии являются обнаружение и устранение причин и условий травматизирования ребенка, поиск оптимальных методов перевоспитания, преодоления у подростка неправильного отношения к себе (неуверенность, заниженная самооценка, чувство собственной несостоятельности, несформированность чувства своего достоинства, независимости суждений и пр.).

В настоящее время наибольшее распространение получили следующие виды психотерапии (Старшенбаум Г.В., 2000 и др.)..

*Психоанализ* применяется в отношении лиц, склонных к самосозерцанию, самоанализу, с невротическими состояниями. Он ориентирован на самораскрытие, адекватную самооценку в ходе обмена свободных ассоциаций пациента и интерпретаций терапевта с целью вскрытия и решения бессознательного психологического конфликта. Старших подростков побуждают к свободным ассоциациям и сообщению о своих снах. Все это также интерпретируется по определенным схемам. В настоящее время, в отличие от классического психоанализа, внимание фиксируется в первую очередь на повседневной реальности и затем уже на отношениях переноса.

На детально разработанной теории психоанализа основан метод *психодинамической терапии*, используемый при наличии широкого спектра непсихотической симптоматики. Терапия малодирективна. Психотерапевт занят поиском внутренних конфликтов, психотравмирующих переживаний, лежащих в основе психических и психосоматических расстройств. Материал интерпретируется, устанавливаются связи с прошлыми событиями, анализируются отношения с родителями, братьями, сестрами.

*Терапия, ориентированная на пациента*, относится к числу недирективных: мысли и высказывания больного не направляются терапевтом. Все, что говорит пациент, не интерпретируется врачом, а только зеркально им отображается. Преимущество этой терапии в том, что пациент встречает доброжелательного и понимающего слушателя, который не дает неприятных комментариев и советов, а недостатки терапии — в ее неспецифичности. Пациент сам решает, что ему говорить или делать.

*Кратковременная динамическая терапия* представляет собой курс из 10–40 сессий на протяжении нескольких месяцев, с предварительной договоренностью об ограничениях по времени и теме, представляющей собой сферу конфликта, который и будет в фокусе терапии.

*Кататимно-имажитивная терапия —* краткосрочный метод, основанный на свободном фантазировании в форме образов на заданные темы, которые соотносят с проблематикой личности, аффективными нарушениями, в том числе связанные с периодом детства. Терапевт, по словам Г.В. Старшенбаума, выполняет контролирующую, сопровождающую функцию.

*Голотропная терапия:* гипервентиляция (недопустима при повышенной судорожной готовности, склонности к паническим атакам), ритмичная музыка и работа с телом используются для достижения измененных состояний сознания с переживанием, визуализацией и символическим замещением психических травм и их последующей групповой переработки с целью нормализации процессов интеграции и адаптации

*Поведенческая терапия* широко применяется для лечения больных с фобиями и компульсиями, тревогой, реакцией избегания, энурезом, обкусыванием ногтей и т. п. Она основывается на принципах классического (Павловского) и оперативного условного рефлекса, и рассматривает симптом как условно-рефлекторный ответ и пытается снять условно-рефлекторное реагирование путем, например, блокирования закрепившейся словесной и смысловой связи. На эту терапию затрачивается намного меньше времени, чем на любую другую. Однако недостатком ее является как бы местное воздействие на симптом, а не на больного в целом.

Современная поведенческая терапия располагает несколькими десятками методов (систематическая десенситизация, градуированная экспозиция, парадоксальная интенция Франкла, нагнетание вызывающих тревогу факторов и др.), которые наряду с устранением патологических симптомов используются для обучения новым, здоровым формам поведения. Метод Вольпе, например, основывается на следующем: «Если в присутствии объекта, вызывающего страх, эта реакция будет частично или полностью заторможена, то тем самым ослабляется связь между ним и чувством страха». Практический прием состоит в постепенном демонстрировании больному, находящемуся в состоянии полной релаксации (расслабленности), разных обстоятельств, вызывающих страх. Одна из модификаций метода — воображаемое погружение в фобическую ситуацию. Используется 20 таких ситуаций, последние из которых наиболее травматичны для больного. Сначала подросток представляет себе наиболее легкие травмирующие обстоятельства и тут же — положительные ситуации. Затем следует релаксация. Такие циклы повторяются, но интенсивность представляемых ситуаций в каждом цикле усиливается. Постепенно подросток учится овладевать ситуацией и изживать страх.

Специалистами по поведенческой терапии разработана и *когнитивная терапия.* Здесь изучается «цепочка» из мыслей, эмоций и поведения с применением методик поведенческой терапии. Для последней характерны тонко разработанная техника и четко определенные контингенты больных.

*Поведенчески-ориентированные методы* на семейном и индивидуальном уровнях направлены, в основном, на самоконтроль. Предварительно детально разъясняется техника лечения, формируется устойчивая мотивация к лечению. Эффект возникает не сразу, но очень выражен в отношении детей и подростков с агрессивным поведением, тревогой, фобиями, обсессивно-компульсивными расстройствами, патологическими привычками, энурезом, энкопрезом, тиками.

*Групповая психотерапия* (групповая дискуссия, пантомима, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия, двигательная терапия и пр.). За основу взято положение, согласно которому внутренние невротические конфликты и неразрешимые эмоциональные комплексы больного находят свое выражение в нарушении отношений с ближайшим социальным окружением. Вследствие искажения в области социального восприятия больной неверно истолковывает мотивацию партнеров по общению, недостаточно адекватно реагирует на возникающие межличностные ситуации. Все его внимание сосредоточивается не на разрешении реальных проблем, а на сохранении представления о значимости своего «я» как в собственных глазах, так и в глазах окружающих.

*Семейная терапия* основана на теории, в соответствии с которой семья является системой, стремящейся сохранить состояние равновесия вне зависимости от степени дезадаптации. Методы терапии сосредоточены не на отдельном пациенте, а на всей семье. Одна из главных целей — определение гомеостатической роли, иногда патологической, которую «идентифицированный» семьей пациент играет в данной семейной системе. Задача состоит в том, чтобы помочь семье понять суть происходящего процесса и обратиться к глубинному конфликту, который лежит в основе неправильного отношения к члену семьи. Используются методы переструктурирования и позитивного представления. В процессе семейной психотерапии изменяются дезадаптивные правила, которые действуют в семье, формируется общее глубокое осознание динамики взаимоотношений между поколениями, устанавливается равновесие между личными и семейными факторами, налаживаются взаимный прямой контакт и общение, искореняются взаимные обвинения и поиск «всегда виноватого».

*Рациональная психотерапия* более всего нужна как подготавливающая к другим методам психотерапевтического воздействия. Это метод убеждения, разъяснения, отвлечения адресуется к логическому мышлению пациента.

*Мультимодальная, стратегическая или директивная терапия —* эклектическая комбинация разных видов психотерапии. Директивное — значит связанное с управлением пациентом с авторитарных позиций («под диктовку»). Это делает пациента зависимым от терапевта. Директивным обозначают также совместный поиск выхода из тупиковой ситуации, попытки применения новых путей разрешения пробленм паицента (Оудсхоорн Д.Н., 1993). Предпрочитают второй метод. Здесь атмосфера доверия и взаимного уважения не менее важна, чем при других видах психотерапии.

*Гипноз.* С помощью гипносуггестии можно воздействовать практически на все невротические и соматизированные симптомы. При гипнозе используются следующие методики:

- ориентированные на определенные симптомы (тревога, боль, соматические жалобы, энурез);

- направленные на внутренние комплексы, конфликты, на создание условий для разрешения имеющихся проблем;

- нацеленные на усиление «я», укрепление чувства уверенности в себе и формирование позитивного образа самого себя.

Вместе с тем нельзя забывать о противопоказаниях к проведению гипнотерапии: наличии активной психотической симптоматики, препсихопатических состояний и декомпенсаций психопатий, выраженного соматического неблагополучия, нежелания или страха пациента и острого, особого, эмоционально насыщенного интереса самого пациента к гипнозу или активной заинтересованности в нем родителей ребенка.

Метод *аутогенной тренировки* (АТ) впервые предложил в тридцатых годах немецкий врач-психотерапевт И.Шульц. Теоретической основой метода является положение о единстве психических и соматических проявлений. Главный эффект АТ — произвольное, с помощью самовнушения, воздействие на вегетативную нервную систему, управляющую деятельностью внутренних органов, важную роль при этом играет механизм выработки условных рефлексов (Kraft H., 1982). АТ может использоваться для активного отдыха, снятия напряжения, концентрации внимания, а также дает возможность контролировать эмоции и избавляться от вредных привычек.. При нарушениях чисто органического характера АТ позволяет значительно снизить интенсивность болевых ощущений. Занятия АТ предполагают определенную живость представлений и эмоций. Вместе с тем она не вполне подходит лицам с истерически-демонстративными чертами характера, с навязчивостями, с чересчур сильной потребностью достижений. Противоречивые мнения существуют в отношении ипохондрических черт характера. Занятия АТ не должны применяться как допинг или вести к аутистическому уходу от реальности, от решения жизненных проблем. Это лишь средство для достижения целей, которые сами выходят за рамки данного метода и могут формулироваться по-разному.

Затрагивая вопрос о выборе методов психотерапии, адекватных соответствующим психопатологическим расстройствам, отметим, что АТ с успехом используется при бессоннице, головных болях (включая мигренозные), при психоорганических и психосоматических расстройствах, при неврастении, нарушениях сна, тревоге и страхах, нерезко выраженных фобиях. При нервной анорексии показаны поведенческая терапия, методы психологической поддержки, семейная психотерапия, когнитивная терапия, группа самопомощи При дисморфофобии — психологическая помощь и поддержка. При навязчивых состояниях, помимо упомянутых выше,– глубинная психология, неопсихоанализ, функциональные тренировки. При неврозах — групповая психотерапия, АТ. При страхе — аналитически ориентированная психотерапия, поведенческая терапия. При панических атаках — суппортивная психотерапия, поведенческая психотерапия. При психогенной рвоте — поведенческие методы. При пограничных расстройствах личности — поддерживающая индивидуальная, исследующая индивидуальная, бихевиоральная, групповая, семейная психотерапия. При психопатиях показано формирование адекватной самооценки, рациональная психотерапия, групповая терапия, межличностная терапия. При парафилиях психотерапия направлена на формирование у пациентов адекватной самооценки. Аверсионные методы используются при эксгибиционизме, вуайеризме, фроттеризме, садизме, фетишизме. Групповая терапия применяется при фроттеризме, педофилии (с госпитализацией), мазохизме. При расстройствах настроения у резидуальных органиков показаны поддерживающая, когнитивно-бихевиоральная (при аффективных расстройствах депрессивного полюса) психотерапия и семейное консультирование, при диссоциативных расстройствах — поведенческая, краткосрочная психодинамическая и поддерживающая психотерапия, при преобладании эмоциональной лабильности или астенических расстройств такие виды психотерапии, как поддерживающая, групповая, аутотренинг, техника саморегуляции. У детей и подростков с готовностью к панике при наличии аффективной напряженности применяют релаксацию и дыхательный тренинг, у детей с энурезом — тренинг мочевого пузыря, при соматизированных симптомах, тревоге, фобиях, излишней застенчивости — обучение АТ.

К числу психотерапевтических техник, непосредственно направленных на вегетативную регуляцию, В.В. Соложенкин и соавт. (1993) относят медитацию, визуализацию, упражнения из хатха-йоги, цигуна, работу в трансе на принятие тела и переконструирование адаптационного образа тела (АОТ).

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, в настоящее время рассматривается как система воспитательных, психологических, общеобразовательных, медицинских, социально-правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество (Валентик Ю.В. и соавт., 2001).

Необходимо отметить, что эффективность собственно психотерапевтических мероприятий заметно возрастает, если они проводятся на фоне лечения больного транквилизаторами. Более полную информацию см. у Б.Д. Карвасарского (1985), В.С. Лобзина и М.М. Решетникова (1986), Г.В. Старшенбаума (2002), Р. Урсано, С. Зонненберга и С. Лазар (1992), Н. Пезешкиана (1993) и др. С достаточной полнотой представлен этот раздел в «Справочнике по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста» (СПб, 1999).

Казалось бы, проведение психофармакотерапии в период проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы нецелесообразно в связи с ее кратковременностью (в большинстве случаев это всего лишь 30 суток). Однако применение психофармакотерапии в период стационарной судебно-психиатрической или комплексной психолого-психиатрической экспертиз, согласно положениям, изложенным в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1993), способствует достижению очень важного терапевтического эффекта — определенной положительной динамики психического состояния испытуемых, учет которой облегчает клинико-диагностическую и экспертную оценку состояния больных (Дмитриев А.С., 2004).

Подростковый период в жизни человека является одним из наиболее ответственных в истории становления и развития его дальнейшего психического здоровья. Именно в это время подросток сталкивается с множеством трудностей психологического характера (становление личности, формирование мировоззрения, отстаивание своего «я», попытки выхода в самостоятельную жизнь и т. п.) в условиях эндокринных пертурбаций и — все более часто (в наше время) — соматической ослабленности и органической стигматизации. Одной из форм реагирования на эти трудности и являются поведенческие расстройства, отличающиеся — в зависимости от комплекса неблагоприятных факторов, воздействующих на данного подростка,– превалированием тех или иных психопатологических девиаций в структуре того или иного конкретного психического заболевания и требующих, помимо психотерапевтического вмешательства (вполне допустимого и при отсутствии собственно психических расстройств — например, при социокультурально обусловленных трудностях поведения), назначения тех или иных психотропных средств. Однако на практике мы встречаемся с целым рядом факторов, без учета которых успешное лечение невозможно.

Во-первых, это соматоневрологическое состояние детей и подростков, которое в последние годы в нашей стране ухудшается особенно быстрыми темпами. Следовательно, мы обязательно при выборе психотропных средств должны не забывать о соматических противопоказаниях к их использованию. Так, во всех случаях применения транквилизаторов следует исключить лекарственную и алкогольную зависимость. Феназепам и рудотель (мезапам) не надо использовать при нарушениях функции печени и почек, фризиум — при дыхательной недостаточности и нарушениях дыхания во сне, при выраженных нарушениях функции печени. Из числа антидепрессантов соматические противопоказания отсутствуют лишь у азафена и инказана, за исключением возможной повышенной чувствительности к этим препаратам. При острых заболеваниях печени и почек не следует применять мелипрамин, герфонал, петилил, пиразидол,при состояниях повышенной судорожной готовности — амитриптилин, триптизол, мелипрамин. Нарушения сердечного ритма и проводимости исключают применение амитриптилина, триптизола, лудиомила, герфонала, петилила. Многие антидепрессанты нецелесообразно применять при инфекциях и интоксикациях. В связи с частыми осложнениями и очень тяжелыми последствиями при комбинированном лечении, практически, ушли в прошлое антидепрессанты группы ИМАО. Амфетамин, синтезированный французскими учеными как антидепрессант, оказался одним из наиболее опасных наркотиков.

Очень важны возрастные ограничения. Так, не рекомендовано использование фризиума в возрасте до 6 мес., триптизола (в отличие от амитриптилина и доксепина) до 12 мес., персена до 3 лет, сертралина, а также мощного вегетотропного и транквилизирующего средства беллатаминала (белласпона) — до 6 лет, пимозида,флуфеназина (лиогена) и гиперфората — до 12 лет, солиана (амисульприда) — до 14 лет, иксела, коаксила, паксила и ципралекса в возрасте до 15 лет, рексетина — до 18 лет. К моменту выхода настоящей монографии не изучено у детей действие гептрала, а у детей и подростков — кветиапина (сероквеля).

Наличие соматически неблагополучной «почвы» диктует необходимость назначения средств, направленных на нормализацию сомато-неврологического состояния пациента. С этой целью используются нейролептик эглонил (и его аналоги), антидепрессант опра, вегетотропные препараты: беллатаминал (белласпон), беллоид, эрготал, сандомигран и др. с обязательным учетом допустимых для данного возраста дозировок, а также не имеющий возрастных ограничений отечественный препарат мексидол. В связи с тем, что в последние годы физическое состояние подростков имеет несомненную тенденцию к ухудшению, необходимо тщательно его отслеживать и, в случае надобности, вести пациента совместно с интернистами и с учетом современных терапевтических рекомендаций (Задонченко В.С. и соавт., 1997, 2005) и данных о взаимодействии лекарственных средств (Балткайс Я.Я., Фатеев В.А.,1991; Дробижев М.Ю. и соавт., 1997).

При остаточных явлениях органического поражения ЦНС в качестве своего рода базового лечения используются дегидратационные средства (сернокислый магний, триампур, меркузал и др.), вазопротекторы (циннаризин, винпоцетон, трентал, ксантинола никотинат, сермион), рассасывающие средства (препараты йода, аскорбиновая кислота, пиридоксин, фламин, рутин и др.). Отличными тонизирующими свойствами обладают безусловно показанные в этих случаях пантогам, мексидол, церебролизин, комбинированный препарат (циннаризин с ноотропилом) фезам.

При превалировании психогенных депрессивных расстройств целесообразно применение антидепрессантов с минимальным побочным действием — азафена, пирлиндола, пипофизина, тианептина, циталопрама, мапротилина, иксела. При выраженности тревожных компонентов используются антидепрессанты с седативным действием — тразодон, миансерин, анафранил, тианептин, пиразидол, ремерон, рексетин, коаксил, опра — в том числе в сочетании с клоназепамом, эглеком и парентеральном введении диазепама (укороченный курс). При тревожной депрессии, в структуре которой важную роль играют панические атаки, а также при агорафобии весьма эффективен в начале лечения в/м реланиум (укороченный курс) в сочетании с мексидолом и последующим переводом на антидепрессант ципралекс. Разумеется, здесь необходима психотерапия, а в случаях истерической контагиозности — разделение пробандов по отделениям. Суммирование таких подростков в одном отделении с попытками их лечения наркологами, как это бывало в Чечне, следует считать неоправданным.

При апатико-адинамической депрессии — моклобемид, флуоксетин, пароксетин. При биполярных вариантах показано применение нормотимиков. При гневливом аффекте возможно сочетание карбамазепина с нейролептиками (триседил, галоперидол, тизерцин), при дисфориях показан антидепрессант опра (циталопрам). При сочетании депрессии с алкогольным абстинентным синдромом — анксиолитик фенибут, а также мексидол. Безусловно, хорошо себя зарекомендовал себя отечественный препарат Про-Протен-100, обладающий одновременно анксиолитическим, антидепрессивным, ноотропным и стимулирующим действием. При превалировании негативных расстройств показаны нейролептики солиан (амисульпирид), рисперидон (сперидан). В том случае, если негативные расстройства включают аутизм и сочетаются с агрессивностью, аффективаными изменениями, гиперактивностью, страхами, обсессивно-компульсивными состояниями у детей и подростков Н.Н. Кузенкова (2005) рекомендует амисульпирид (солиан). В этом же варианте и при наличии панических атак показан сертралин (и его аналоги).

Из числа средств, эффективно снижающих судорожную готовность у больных эпилепсией подростков в настоящее время наряду с барбитуратами применяются гидантоины, сукциннимиды, бензодиазепины, карбамазепин, вальпроаты и ламотриджин, мексидол (табл. 9.1). Очень эффективной представляется методика комплексной патогенетической терапии эпилепсии с использованием антиконвульсанта депакина (показаны все формы эпилепсии, включая расстройства поведения, обусловленные эпилепсией) и антиоксиданта мексидола (показаны вегетативно-сосудистые и когнитивные расстройства). В этом варианте необходимо также назначение кетогенной диеты (с повышенным содержанием жиров и пониженным — белков и углеводов), которая может применяться с годовалого возраста (Авякян Г.Н. и др., 2005).

Во-вторых, не последнюю роль в снижении эффективности лечения играет его плохая организация. Очень часто допускается несистематичность приема лекарственных средств из-за отсутствия должного контроля со стороны как родителей, так и медперсонала. Курсовое лечение обычно до конца не доводится: при появлении признаков улучшения оно прекращается, однако во избежание рецидива при лечении любой депрессии на самом деле оно должно продолжаться еще не меньше трех месяцев после нормализации состояния. При амбулаторной терапии старших школьников родители иногда доверяют подросткам самим принимать и хранить лекарства, что совершенно недопустимо, особенно в случаях появления суицидальных тенденций. В последнем варианте пробанд не должен иметь самостоятельного доступа к лекарствам, более того, он вообще не должен знать, где они находятся.

В-третьих, выбор назначаемых лекарственных средств должен осуществляться с учетом соответствующих клинических характеристик. Так, при преобладании тревоги и страхов из числа фитотранквилизаторов показаны препараты валерианы, пустырника, боярышника, мяты, адониса; очень хороши комбинированные препараты персен, персен-форте, Ново-Пассит и успокаивающие сборы. Из числа химиоантидепрессантов — амитриптилин, триптизол, анафранил, лудиомил, синекван, герфонал, паксил, транксен, ксанакс, пиразидол, азафен, рексетин после 15 лет — коаксил, иксел, из числа транквилизаторов — диазепам и лоразепам.

При превалировании тоски, заторможенности, безрадостности — фитоантидепрессант зверобой перфорированный (отечественный деприм или немецкие негрустин, гелариум гиперикум, аристофорат и гиперфорат), а при депрессиях, столь часто возникающих у подростков в судебно-следственной ситуации, и такие мощные антидепрессанты, как ремерон, мелипрамин, петилил, инказан, пиразидол (в том числе парентерально) (см. табл. 9.1).

При тревоге и расстройствах сна — комбинированный фитотранквилизатор персен, персен-форте, а также ремерон, амитриптилин или анафранил в комбинации с феназепамом, имованом, радедормом, рогипнолом, донормилом (в этом случае надо обращать особое внимание в отношении возможности привыкания).

При повышенной раздражительности — экстракт валерианы в таблетках, Ново-Пассит, микстура с пустырником, успокоительные сборы, фенибут, рудотель, элениум, реланиум, сигнопам, сибазон

При раздражительной слабости — фенибут, пантогам, глицин, малые дозы пикамилона, персен. В группу расстройств, характеризующуюся преобладанием астенических проявлений, входят невропатические расстройства с резко выраженными вазовегетативными расстройствами, эмоциональной лабильностью и повышенной истощаемостью, состояния пубертатной и юношеской астенической несостоятельности, неврастенические расстройства, а также астенические депрессии. Во всех этих случаях подросток не вполне осознает наличие болезненных расстройств, однако они бросаются в глаза окружающим и нередко являются поводом к насмешливо-пренебрежительному отношению как со стороны сверстников, так и, к сожалению, со стороны воспитателей, учителей и родителей, что еще более усугубляет его состояние. У подростка обостряются (при невропатиях) или появляются несвойственные ему ранее черты сензитивной шизоидии, склонность к аутистическим играм, реакциям пассивного (чаще) или активного протеста, отказа, возникает школьная фобия, становятся привычными прогулы.

В том случае, если в состоянии больных превалируют явления астенической или тоскливой депрессии, показано назначение анафранила (кломипрамина) (Данилова Л.Ю., 2001). Помимо столь необходимого в этих случаях психотерапевтического вмешательства здесь показаны общеукрепляющее лечение, обязательны в первую половину дня ноотропы типа пантогама или пикамилона, глицин, поливитамины и родственные комплексные препараты (особенно хорош французский магне В-6), глицин; при преобладании вазо-вегетативных расстройств мы считаем целесообразным назначать беллатаминал 2–3 раза в день, а на ночь фитотранквилизаторы (валериана, пустырник, мята, мелисса, а в более трудных случаях — при бессоннице, не купируемой этими препаратами, — Ново-Пассит или же персен-форте) (Гиндикин В.Я., 1996, 2002). Заслуживает внимания применение мексидола, обладающего ноотропным, выраженным антигипоксическим и антиоксидантным действием; в числе показаний к назначению лекчения данным препаратом астенические состояния, ЧМТ, дисциркуляторная энцефалопатия, эпилепсия (Авакян Г.Н. и соавт., 2005, Павлов И.С., Медведева Л.А., 2005).

И в этом варианте, и при других поведенческих расстройствах мы избегаем назначать химиотерапевтические транквилизаторы, особенно, если они, как, например, реланиум и седуксен, обладают эйфоризирующим эффектом и могут обусловить возникновение лекоманий, быстро формирующихся у подростков (вспомним, что и без этого чуть ли не до 30% из их числа уже пробуют наркотики, если еще к ним не пристрастились). В случае необходимости получить транквилизирующий эффект и его не удается добиться с помощью фитотранквилизаторов, мы предпочитаем назначать малые дозы поведенческих нейролептиков на ночь (здесь показаны сонапакс, тизерцин, хлорпротиксен — малыми дозами, с использованием эффекта наслаивания американских авторов и разработанного у нас В.М. Шпаком).

Последнее особенно важно в тех случаях, когда речь идет о группе риска по шизофрении, трудностях сосредоточения, эмоциональной нивелировке или начальных проявлениях изменений типа «дерева и стекла» (по П.Б.Ганнушкину), появления конрадовских зарниц или форпост-синдромов Г. Гросс (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 2002)

Одним из клинических проявлений этой патологии являются соматоформные расстройства. По их поводу ребенок, а затем и подросток повторно стационируется в общесоматические клиники. Количество диагнозов соматических заболеваний лавинообразно нарастает, однако малые дозы стелазина, этаперзина или галоперидола в некоторых случаях раз и навсегда прерывают эту «лавину».

При частых у этих больных функциональных желудочно-кишечных расстройствах, конечно, показан эглонил. Но именно у подростков надо обязательно следить, не проявятся ли его побочные действия (галакторея, изменения массы тела, расстройства менструального цикла). В таких случаях предпочтительнее симптоматическое лечение на фоне малых доз транквилизаторов, не дающих эйфоризирующего эффекта (например, элениума). При спастических состояниях в ЖКТ показан хлорпротиксен, при тошноте и рвоте — галоперидол, или неулептил, или стелазин, или хлорпротиксен, при икоте — галоперидол. Возможно успешное применение малых доз нейролептиков и при иных соматоформных расстройствах (сошлемся на публикации В.А. Райского, Б.Д. Карвасарского и В.Ф. Простомолотова, А.С. Аведисовой, Л.В. Ромасенко и др.).

При резко выраженной эмоциональной лабильности целесообразно комбинирование транквилизаторов бензодиазепинового ряда с нормотимиками (карбамазепин, карбонат лития, вальпроевая кислота и их аналоги и дериваты).

Сложную и трудную для купирования задачу представляют расстройства влечений у подростков (побеги и др.). Чаще речь идет о психопатии неустойчивого круга с ее неутолимым информационным голодом, но, подчас, и о дебюте малопрогредиентной шизофрении, первые признаки которой, по многим исследованиям, приходятся именно на подростковый возраст. Задача эта осложняется тем, что подростки в периоды побегов нередко алкоголизируются или наркотизируются, сближаются с криминальными структурами, у некоторых возникают половые извращения типа промискуитета, гомосексуальных эксцессов и т.п. Лечение этих расстройств является одной из наиболее сложных задач, сложных и ответственных, поскольку из-за опасности СПИДа, гепатитов, венерических заболеваний, наркоманий и туберкулеза речь идет, фактически, о самой жизни подростка. При этом приходится учитывать, что если в предыдущих вариантах вполне адекватно амбулаторное лечение, то в данном случае оно невозможно: в периоды побегов, естественно, подросток лекарств не принимает. Следовательно, здесь необходимо длительное стационирование в приемлемые условия с мощной психотерапией, неоднообразной трудотерапией и назначением так называемых поведенческих нейролептиков — неулептила, либо хлорпротиксена, либо сонапакса, а в детском возрасте и для физически ослабленных подростков — зуклопентиксола. Хорошие результаты приносит комбинирование с тизерцином или с малейшими дозами азалептина. В случае присоединения алкогольных эксцессов целесообразно помимо поведенческих нейролептиков назначить такой антидепрессант, как синекван (доксепин), а из числа транквилизаторов — фенибут. При фроттеризме и педофилии назначают также антиандрогенные препараты. Однако выписка таких больных из стационара без дальнейшего постоянного курирования больного психиатрами, психотерапевтами, медицинскими психологами и работниками социальных служб очень быстро приводит к рецидиву.

Суицидальные поступки у детей и подростков в прошлом (лет 40–50 назад) были редкостью, теперь они встречаются все чаще. Однако сравнительно редко они бывают импульсивными. Обращает на себя внимание, что некоторых из этих детей и подростков мысль о самоубийстве не пугает, они могут сообщать о ней как бы мимоходом, как о чем-то совершенно несущественном («Подумаешь, еще один эксперимент над своим телом…»). В большинстве случаев возможно выделение пресуицидального синдрома, когда на фоне депрессивного состояния между стадиями первоначального желания, обдумывания способа совершения, непосредственной подготовкой (инструментарий и т.п.) и самим поступком проходит какое-то время. Более того, нередко совершаются и пробные суицидальные действия, т.е. совершаются парасуициды, к которым нельзя относиться как к суицидальному шантажу (хотя возможен и такой вариант), а скорее их надо расценивать как сигнал надвигающейся опасности для жизни подростка. Разумеется, здесь необходима психотерапия. Чаще семейная, но и — в зависимости от особенностей клинической картины — необходимы те или иные антидепрессанты. При преобладании страхов и тревоги — амитриптилин, опра, при наличии в структуре депрессии навязчивостей — анафранил, при превалировании тоски — не мелипрамин или портал (прозак, продеп): они сами по себе могут усиливать суицидальные тенденции, а лудиомил или негрустин (деприм и аналоги). В связи с возможностью эффекта зашторивания лечение в этих случаях должно быть очень длительным (до 9, а по американским данным — и до 12 месяцев) при обязательном условии ротации препаратов не реже 1 раза в 1,5–2 месяца.

В случае если суицидальные наклонности являются компонентом депрессии, необходимо выявить, не является ли таковая проявлением свойственной данному больному циклоидности соответствующих расстройств (их повторяемость по анамнестическим данным, однотипность, суточные колебания преимущественно по утреннему типу, витальные компоненты, связь с соответствующим климатическим периодом и т.п.). В этих случаях необходимо последующее назначение нормотимиков — карбамазепина, солей лития (особенно надежен контемнол), вальпроевой кислоты.

Истерические расстройства у детей и подростков за последние десятилетия несколько изменили свое лицо. В результате патоморфоза мы все чаще встречаемся с истеро-ипохондрическими расстройствами, истероконверсионными — как единичными, так и множественными в виде синдрома Брике. Кажущаяся симулятивная демонстративность таких расстройств не должна обманывать, хотя некоторым из таких больных и свойственна некоторая склонность к аггравации своих расстройств. На самом деле при кажущейся поверхностности и отсутствии глубины эти расстройства могут быть очень стойкими и длительными, легко рецидивирующими — особенно в случаях, когда подросток вновь и вновь сталкивается с теми же факторами, которые способствовали ранее появлению этих расстройств (холодность матери, безразличие отчима, насмешки одноклассников и неприязненное отношение учителей). Здесь, помимо психотерапии, показано комплексное лечение антидепрессантами (французские авторы здесь предпочитают высокие дозы антидепрессантов со стимулирующим действием), в том числе фито (зверобой, деприм, гелариум гиперикум и др.), ноотропами и фитотранквилизаторами во 2–ю половину дня или малыми дозами этаперазина на ночь.

В случаях усиления у этих больных фантазирования и псевдологии показаны малые дозы поведенческих нейролептиков. Частое появление предменструального синдрома требует назначения Ново-Пассита, персена и, в первую половину дня, грандаксина.

Поведение некоторых подростков обусловлено сложным комплексом болезненных расстройств, включающих невротическую депрессию, нозофобии и панические атаки. Здесь особенно важна акцентуация внимания именно на депрессии. Хороший эффект мы наблюдали при лечении таких больных амитриптилином или эглонилом, анафранилом в комбинации с феназепамом и беллатаминалом (белласпоном). В терапевтически резистентных случаях показано добавление малых доз этаперазина. Зарубежными авторами не рекомендуется при назначении нейролептиков сразу же давать корректоры, прибегая к ним лишь в случаях явной необходимости. Однако эта рекомендация не оправдывает себя при лечении подростков: у многих из них легко возникают побочные действия нейролептиков, которые производят очень сильное впечатление на психически девиантных больных, и те начинают бояться и отказываются принимать лекарства.

Из числа фитотранквилизаторов здесь особенно показаны при преобладании вазовегетативных расстройств экстракт боярышника, а при преобладании раздражительной слабости, в том числе в комбинации с навязчивостями, — настойка левзеи. Представляется перспективным использование отечественного, не имеющего зарубежных аналогов, препарата мексидол, — синтетического антигипоксанта с антиоксидантными свойствами. Разумеется, здесь трудно обойтись без функциональных тренировок по Н.М. Асатиани. В любом случае здесь должны быть исключены ночные бдения и должен быть нормализован сон.

При реактивно-обусловленном возбуждении, возникающем в качестве реакции на психотравмирующую судебно-следственную ситуацию, когда больной мечется, куда-то стремится, не реагирует на вопросы, совершает бессмысленные поступки, рвет на себе волосы, совершает хаотичные и беспорядочные движения, показаны парентерально тизерцин, сибазон, хлорпромазин, а также хлорпротиксен, феназепам.

При поведенческих расстройствах в рамках психопатоподобного варианта психоорганического синдрома речь чаще идет об истероэксплозивном варианте. Частой ошибкой при лечении этих состояний является назначение поведенческих нейролептиков без учета сомато-неврологического состояния больного. Неулептил здесь очень показан, но при условии крайне медленного и постепенного наращивания дозировок, при условии назначения кардиостимулирующих средств и предупреждения больного о возможности ортостатических полуобморочных состояний (в этом случае он должен знать, что ему необходимо немедленно лечь или принять так называемую «позу кучера»). При последствиях ЧМТ и наличии признаков дисциркуляторной энцефалопатии при поведенческих расстройствах весьма эффективен хлорпротиксен. Разумеется, в этих случаях необходим и весь комплекс мер, предпринимаемых при резидуально-органических расстройствах (дегидратация, рассасывающая, вегетотропная и сосудистая терапия и пр.)

У поступающих на судебно-психиатрическую экспертизу больных алкоголизмом, тонсико- и наркоманиями период абстиненции, как правило, уже позади (купирован или купировался во время дознания). Однако патологическое влечение и связанные с ним расстройства поведения по-прежнему имеют место. Во время проведения экспертизы эти пациенты нуждаются в назначении поведенческих нейролептиков (неулептил, сонапакс, хлорпротиксен), а иногда и парентеральном введении тизерцина. Из числа других лекарственных средств показаны отечественные, не имеющие зарубежных аналогов, антиалкогольный комбинированный гомеопатический препарат Про-Протен-100 (купирует не только болезненное влечение к алкоголю, но и коррелирующие с ним возбуждение, раздражительность, страх, тревогу, бессонницу) и обладающий антигипоксантным, антиоксидантным, анксиолитичесмким, вегетативно-стабилизирующим и ноотропным действием мексидол (Яковлев В.А., 2004).

При столь частых у подростков импульсивных влечениях, коррелирующих с аффективными расстройствами (преимущественно депрессивными), А.А. Шюркуте (1999) рекомендует антидепрессанты (в основном трициклические), а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин) в сочетании с нейролептиками (трифлуоперазин), в случаях шизофрении — с клозапином, а при биполярном течении аффективных расстройств — с карбамазепином.

При столь частых у детей и подростков алгических расстройствах в сструктуре депрессивных состояний Ю.Ф. Андропов (1999) рекомендует наряду с антидепрессантами следующие лекарственные средства. При лечении цефалгий, особенно в раннем возрасте, Ново-Пассит (по 1 капле на год жизни 2–3 раза в день до еды). При сочетании головных болей с головокружениями — экстракт или настойка боярышника (по 1 капле на год жизни 3 раза в день до еды). При выраженных цефалгиях с компонентом пароксизмальности и значительной продолжительностью — антидепрессанты, не обладающие холинолитической активностью (азафен, пиразидол) в сочетании с транквилизаторами с относительно выраженным противотревожным и вегетостабилизирующим действием — мебикар, элениум, реланиум в возрастающих дозах, а также феназепам в малых дозах. Алгические проявления типа артралгий и миалгий чаще купируются транквитлизаторами с выраженным миорелаксирующим действинем и нейролептиков — френолона, сонапакса, неулептила в малых дозах. Кардиалгии невротического характера купируются в процессе общего лечения антидепрессантами без назначения специальных средств. Показаны горчичники на левую лопатку (три раза через день), валокордин. Более полно вопросы фитотерапии алгических и некоторых иных расстройств рассмотрены нами в монографии, опубликованной в 2002 году.

Если в рамках имеющихся болезненных расстройств отмечаются панические атаки, ипохондрические раптусы, аффективно-вегетативные кризы, целесообразно комбинирование транквилизаторов бензодиазепинового ряда (феназепам, реланиум, сигнопам и др.) с карбамазепином (финлепсин, тегретол, зептол и др.), в случае кардиофобических, кардиалгических расстройств, сердцебиений и т.п. — с экстрактом боярышника, настойкой левзеи и др.

Сложной и крайне ответственной задачей является лечение больных с гебоидным синдромом. Чем ранее здесь будет начато лечение, тем больше оснований рассчитывать на то, что больной не совершит противоправных действий, направленных на окружающих и не прибегнет к самоповреждениям. Эти состояния часто периодически усиливаются, сопровождаясь дисфориями. То есть в этом варианте речь практически идет о дисфорических эпизодах, рассматривавшихся П.Б. Ганнушкиным как проявления циклоидности (речь идет об укороченных фазовых состояниях). Естественно, здесь необходимы высокие или средние дозы поведенческих нейролептиков и обязательным является назначение нормотимиков. Важно распознать генез этих расстройств и в случаях его органичности принятие комплекса мер, назначаемых при органических заболеваниях ЦНС (Шток В.Н., 1995; Карлов В.А., 1996).

Крайне опасны эти состояния при шизофрении — возможно их выявление в рамках инициального деликта Странского. Здесь, конечно, необходимо длительное стационарное лечение, с использованием высоких доз нейролептических средств. При этом при возбуждении, страхе и напряженности показаны клозапин, неулептил, промазин (у физически ослабленных больных), сонапакс, тизерцин, хлорпрпотиксен.

Из числа получивших распространение в последние годы атипичных нейролептиков для нас особенно важны рисперидон, оланзапин, квентиапин, зуклопентиксол и флюанксол, используемые для купирования не только продуктивной симптоматики, но и поведенческих расстройств.

Так, рисперидон (рисполент) эффективен при аутизме, отрешенности, недоступности, социальной дезадаптации, эмоциональном снижении. Он купирует шперрунги и некоторые другие шизофренические расстройства мышления, от которых так страдают учащиеся подростки и студенты. Оланзапин (запрекс) — активирующий эффект, усиление аппетита, улучшение общего физического тонуса, т.е. он показан при истощении и нервной анорексии. Квентиапин — равномерное воздействие на весь психоз в целом, отсутствие побочных действий, широкий диапозон доз. Зуклопентиксол (клопиксол) — широкий спектр действия, возможность эффективной монотерапии. Седативное, антипсихотическое, антиманиакальное и антиагрессивное действие. Исчезает бессонница. Флюанксол (флупентиксол) показан не только при психотических состояниях с преобладанием галлюцинаторной симптоматики, параноидного бреда, нарушений мышления, но и при апатии, аутизме, анэргии.

В последнее время накопилось много данных об учащении побочного действия фенотиазина (аминазина и т. п.): его длительное применение может вызвать повышенную чувствительность к свету и накопление пигмента в коже, роговице и хрусталике, повышает судорожную готовность. Время от времени встречаются аминазиновые гепатиты и депрессии. Получившая в последние годы среди некоторых педиатров мода назначать больным детского возраста для купирования поведенческих расстройств такие мощные нейролептики, как аминазин и галоперидол, не выдерживает никакой критики.

А вот новые производные фенотиазина, безусловно, заслуживают внимания. К их числу относятся апо-тиоридазин (снимаются возбуждение, ажитация, эмоциональные и поведенчески расстройства, напряженность), пролинат или флуфеназина деканоат (хронические формы шизофрении), тиодазин или тиоридазин (шизофрения со страхом, напряжением, навязчивостями), тразин или трифлуоперазин (параноид с тревогой и соответствующими поведенческими расстройствами).

Появились также аналоги эглонила — сульпирид и топрал, эффективные в малых и средних дозах (200–600 мг в сутки) при негативной симптоматике, а в высоких (800–1600 мг в сутки в/м) — при острой шизофрении с возбуждением, манией, агрессивностью.

В случаях соматической ослабленности больных назначение даже малых доз нейролептиков рекомендуют сочетать с кордиамином, а также с общеукрепляющими препаратами типа магне В-6, глицина, мексидола, селен-актива и др. При этом необходимо учитывать относительную несовместимость как нейролептиков, так и транквилизаторов с барбитуратами и препаратами наркотического ряда: появляются вегетативно-сосудистые расстройства, дизартрия, головокружение, возможны оглушение, гиперемия, сердечно-сосудистые расстройства. Несовместимость психотропных средств с фенамином и эфедрином проявляется в аномалиях сердечного ритма, психомоторном возбуждении. Во избежание указанных нарушений рекомендуется двухнедельный перерыв между назначениями несовместимых препаратов. В связи с участившимся возникновением явлений зависимости при применении стимулирующих средств мы предпочитаем их не назначать.

При психогенных психозах, нередко встречающихся в судебно-психиатрической клинике, акцент переносится на парентеральное введение препаратов, внутривенное капельное, внутривенное струйное медленное или внутримышечное введение реланиума, внутримышечное — эглонила; при необходимости психомоторное возбуждение купируют внутримышечным введением тизерцина. В самом крайнем случае последний может быть комбинирован с пероральным приемом малых доз азалептина. Как правило, в этих случаях бывает оправдано применение средних или высоких доз (табл. 9.1) амитриптилина. Антидепрессанты стимулирующего действия здесь категорически противопоказаны. В период стрессовых ситуаций целесообразно проводимое лечение дополнить персеном или Ново-Пасситом.

Таблица 9.1

**Дозы психотропных препаратов, применяющиеся для лечения подростков 15–18 лет (в мг)**

Коммерческое название препаратов, средние суточные высшие суточные

**Транквилизаторы**

антелепсин (клоназепам) 3 6

атаракс 50 100

грандаксин 50 100

имован 7,5 15

ксанакс, ривотрил, феназепам 0,125 1,5

лексотан 5 18

лоразепам (мерлит) 1 3

мебикар (мебикс) 500 2000

персен 1 капс. 3 капс.

радедорм 2, 5 7,5

рогипнол 1 2

сибазон (седуксен, реланиум) 5 20

фенибут 500 1000

фризиум 10 15

элениум, нозепам (тазепам), мезапам, (медазепам, нобриум, рудотель),сигнопам 20 40

**Антидепрессанты**

амитриптилин (триптизол), мелипрамин,

петилил, анафранил (кломипрамил),

лудиомил 30 150

гептрал 400 800

деприм 1 капс. 2 капс.

иксел 25 50

инсидон (опипрамол) 25 100

коаксил (тианептин) 12,5 37,5

паксил (пароксетин) 10 40

пиразидол, инказан, азафен, синекван 25 100

прозак, портал, продеп, флуоксетин 20 40

рексетин (пароксетин) 10 40

сертралин (золофт, стимулатон) 25 50

симбалта (дулоксетин)

солиан (амисульприд) 100 200

тразодон 150 300

триттико, флувоксамин (феварин) 100 300

ципралекс 5 10

циталопрам (опра,ципрамил) 20 40

**Нейролептики**

амисульприд (солиан) 150 800

галоперидол 1,5 9

зуклопентиксол (клопиксол) 20 75

кветиапин (сероквель) 25 100

клозапин 10–20 30–60

лепонекс (азалептин) 12,5 100

мажептил 5 30

неулептил 5 40

оланзапин (зипрекса) 5 10

опра (циталопрам) 20 40

пипортил (пипотиазин) 5 30

промазин 50 75

рексетин (пароксетин) 10 40

рисперидон (рисполепт, сперидан) 2 3

стелазин (трифтазин) 5 40

терален 10 50

тиаприд (тиапридал) 100 300

тизерцин 2,5 100

тиоридазин (меллерил, сонапакс, тиодазин) 25 125

триседил 1 3

трифлуоперазин 10 50

флуфеназин (лиоген) 0,5 50

флюанксол (флюпентиксол) 2 20

хлорпромазин (ларгактил, аминазин) 25 200

хлорпротиксен 15 100

ципралекс (эксциталопрам) 5 10

эглонил (сульпирид, солиан, топрал, эглек) 100 200

этаперазин (перфеназин, трилафон) 8 30

**Ноотропы и гамкергические вещества**

аминалон (гаммалон) 1000 1750

глиицин (сублингвально) 200 400

глутаминовая кислота 1000 3000

мексидол детям 5–10 мг/кг веса; подросткам 50 мг/кг 250 375

пикамилон 40 100

пирацетам (ноотропил, пирабене) 1000 1600

пиридитол (энцефабол) 300 500

**Нормотимики**

дипромал (вальпроат магнезии) 400 800

карбамазепин (финлепсин, тегретол, зептол) 400 600

карбонат лития 50 1200

Особого внимания заслуживают вопросы лечения поведенческих расстройств у подростков, страдающих эпилепсией (Петрухин А.С. и соавт., 1998). Как указывают авторы, в настоящее время в России применяются перечисленные антиэпилептические препараты в следующих дозах (табл. 9.2).

Таблица 9.2

**Антиконвульсанты**

Коммерческое название препарата Средняя доза мг/ кг в сутки

бензонал (бензобарбитал) 1–3

депакин хроно 20–30 при весе > 17 кг

депакин энтерик

конвулекс, орфирил, энкорат,

апилепсин,эпилим, ацедипрол 30–50

гексамидин, майсолин 20

глутаминовая кислота 1000–3000 дипромал (вальпроат магнезии) в зависимости от возраста и веса тела

дифенин, дифантоин 5–8

карбамазепин, финлепсин, тегретол, тимонил, карбатол 15–30

клоназепам, антелепсин, ривотрил 0,15–0,25

ламотриджин, ламиктал 2–5

мексидол 50

радедорм, нитразепам 0,2–0,3

суксилеп, морфолеп, заронтин 15–20

фенобарбитал 3–5

фризиум 0,5–1,5

-------------------------------------------------------------------------------------------В настоящее время (Авакян Г.Н., 2005) фармакотерапию эпилепсии рекомендуют начинать с препарата первой очереди выбора, которая зависит от формы заболевания и типа припадка (табл. 9.3). Доза используемого препарата зависит не только от возраста пацмиента, но и от тяжести заболевания. Назначение адекватной терапии одним (монотерапия) из препаратов 1-го ряда; лечение начинают с небольшой дозы (1/8–1/4) и постепенно увеличивают ее до прекращения припадков или появления признаков передозировки.

Таблица 9.3

**Препараты выбора в зависимости от типа припадка**

Тип припадка Препараты 1 ряда Препараты 2 ряда

Парциальные:

Простые Карбамазепин Вигабатрин

Сложные Вальпроат Клобазам

Вторично-генерализованные Вальпроат Ацетозаломид

Генерализованные

Тонико-клонические Вальпроат Вигабатрин

Тонические Карбазепин Клобазам

Клонические Фенитоин Фенобарбитал

Типичные абсансы Вальпроат Ацетазоламид

Атипичные абсансы Этосуксимид Клоназепам, Клобазам

Атонические, тонические,

Миоклонические Вальпроат Ацетазоламид, Клоназепам

При генерализованных эпилепсиях препаратом выбора являются дериваты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс, конвульсофин). При парциальных эпилепсиях препаратами выбора являются карбамазепины и вальпроаты. Показаниями для назначения депакина являются все формы эпилепсий, судорожный синдром при органических заболеваниях ЦНС, фебрильные судороги и нервные тики у детей. Показаниями для применения мексидола являются легкие когнитивные расстройства различного генеза, вегетативно-сосудистые расстройства, острая интоксикация антипсихотическими средствами и др.

Однако к настоящему времени далеко не все медицинские учреждения располагают столь полноценным арсеналом лекарственных средств. На практике из числа наиболее часто используемых при больших (генерализованных) припадках препаратов показаны карбамазепин, дипромал, орфил, ламиктал; при малых — этосуксимид (суксилеп, морфолеп, заронтин); при очаговых (фокальных) и малых припадках — дипромал; при акинетических и миоклонических припадках — клоназепам; при височной эпилепсии — карбамазепин или сибазон; при приступах во сне — карбамазепин или дифенин; при психосенсорных припадках — карбамазепин; при склонности к эпилептическим статусам — клоназепам. Для коррекии легких форм дисфории применяются сибазон, феназепам; при дисфориях и сумеречных состояниях с возбуждением, злобностью и агрессией — хлорпромазин, сонапакс, тизерцин.

При лечении антиэпилептическими средствами надо учитывать возможность привыкания — например, при лечении фенобарбиталом, бензоналом, клоназепамом. Согласно современным данным (Темин П.А., Никанорова М.Ю., 1997) появление на фармацевтическом рынке новых лекарственных препаратов, интенсивное развитие хирургического лечения эпилепсии уже сегодня обеспечивают удовлетворительный эффект терапии в 80–90% случаев.

Вместе с тем занимаясь лечением эпилепсии, необходимо помнить, что никакое даже самое современное лечение не поможет, если больной не будет придерживаться диеты (ограничение соли и жидкости при некотором избытке растительных масел) и соблюдать режим: немедленное прекращение любых физических нагрузок при появлении головных болей, головокружений или одышки, запрет купаний на глубине и без внимательного и умелого сопровождающего.

И в заключение несколько советов по **скорой помощи:**

При психопатическом возбуждении: 1) тизерцин 2,5% — 1–3 мл в/м; 2) реланиум или сибазон 0,5% 4–8 мл в/м; 3) последующий перевод на лечение неулептилом 30–90 мг в сутки, или сонапаксом 25–200 мг в сутки, или элениумом 15–40 мг в сутки, или феназепамом 2–5 мг в сутки курсами по 3–4 недели.

Для купирования возбуждения с дисфориями и сумеречными состояниями со злобностью, гневом и страхом у больных с органическими поражениями ЦНС: 1) постельный режим; 2) тизерцин 2,5% 2–3 мл в/м с 1% раствором димедрола 2,0–3,0 и кордиамином по 2 мл п/к; 3) сульфат магния 25% — 10 мл в/м.

Противопоказаны хлоралгидрат в связи с сосудистой лабильностью и препараты морфия из-за опасности привыкания, значительно повышенной у этих больных.

При реактивно-обусловленном возбуждении, когда в психотравмирующей ситуации больной мечется, куда-то стремится, не отвечает на вопросы, совершает бессмысленные поступки и т. п., показаны сибазон, тизерцин, хлорпротиксен, феназепам.

При эпилептическом припадке надо следить за тем, чтобы больной не разбил себе голову (подложить под нее что-то мягкое) и не задохнулся из-за западения языка (держать голову набок). Чтобы избежать повторных прикусов языка, всавить в рот шпатель, обернутый несколькими слоями марли. После этого, если имеется языкодержатель, постараться вытянуть язык из полости рта. Очень трудная задача возникает в том случае, если припадок возник во время еды. Если не освободить полость его рта от пищи, возникнет аспирационная пневмония с последующим летальным исходом.

При купировании эпилептического статуса седуксен (реланиум) 10–20 мг внутривенно, медленно с 20 мл 40% раствора глюкозы, скорость введения не менее 1 мин, при возобновлении судорог повторное введение, но не ранее, чем через 10–15 мин после предыдущего. При неэффективности — внутримышечное введение гексенала или натрия тиопентала (в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида или или бидистиллированной воды растворяется 1 г гексенала или тиопентала натрия; 10%-ный раствор вводят из расчета 1 мл на 10 кг массы тела;

Натрия оксибутират 10 мл 20% раствора (водного) вводится внутиривенно, медленно: 1–2 мл в 1 мин. Необходимо следить за температурой тела больного, и в случае ее нарастания принять меры к охлаждению помещения, в котором он находится.

Если указанные средства в течение 20 мин не купируют эпилептического статуса, приходится прибегать к назначению ингаляционного наркоза с закисью азота в смеси с кислородом (соотношение 2:1) (Нагнибеда А.Н., Нитруца М.И., 1998).

В одной главе невозможно охватить всю сложность затронутой нами проблемы. Молодым врачам, у которых еще не выработаны привычные подходы и схемы лечения всякий раз, когда они назначают какое-то новое для них средство, мы рекомендуем обязательно заново ознакамливаться с показаниями, побочными действиями, противопоказаниями и — что повторяется рефреном в исследованиях последних лет — вопросами сочетаемости (интеракциями) данного препарата как с другими психотропными, так и непсихотропными средствами (см. Балткайс Я.Я., Фатеев В.А., 1991; Дробижев М.Ю. и соавт., 1997 и др.), которые он предполагает назначать данному пациенту. Несомненно, должны быть четко усвоены меры, которые следует срочно предпринимать при появлении осложнений при лечении психотропными средствами. В связи с тем, что лечение нейролептиками является крайне ответственным делом, чреватым для начинающего врача разного рода неожиданностями, считаем целесообразным остановиться на этом вопросе более подробно.

Первое нейролептическое средство было синтезировано в 1950 г., а в период с 1950 по 1952 год появились первые публикации о его (ларгактил, хлорпромазин, аминазин) эффективности в лечении тяжелой ажитации и психозов (J. Delay и др.). Эмоциональное спокойствие и безразличие, возникающие под влиянием нейролептиков у больных психозами, получило название «нейролептического действия», а психическая индифферентность, запоздалая реакция на внешние раздражители, нейтральность эмоций и аффектов, уменьшение инициативы и интересов без нарушения сознания и интеллектуальных расстройств — «психомоторного синдрома» или состояния «психомоторного безразличия».

# Введение в психиатрическую практику хлорпромазина знаменовало начало нового периода в лечении психических болезней: появилась новая отрасль медицинской науки — психофармакология, значительно потеснившая другие методы, стала развиваться психофармакологическая промышленность, направленная на выпуск психотропных средств разных классов. В результате врачи получили возможность воздействовать на весь спектр психических расстройств, независимо от их генеза. Именно нейролептики сохранили свое место в качестве основного средства лечения психозов и, прежде всего, шизофрении. При этом выбор препарата должен учитывать не только клиническую эффективность, но и спектр побочных действий, их влияние на формирующийся организм. К настоящему времени в лечебной практике большое значение придается адекватному выбору нейролептических средств. Так, для купирования психомоторного возбуждения чаще используются апо-тиоридазин, тизерцин, высокие (до 800–1600 мг в сутки в/м) дозы эглонила; для лечения больных с галлюцинаторно-параноидными расстройствами — рисперидон (рисполент), квентиапин, зуклопентиксол (клопиксол), стелазин, этаперазин, галоперидол, триседил, мажептил, пипортил, оланзапин (запрекс); для снятия мании — триседил, галоперидол, зуклопентиксол (клопиксол); дисморфофобий — пимозид; при лечении неврозоподобных расстройств — терален, малые дозы галоперидола, при преобладании психопатоподобных изменений — апо-тиоридазин, неулептил, хлорпротиксен, сонапакс, зуклопентиксол; тизерцин; при наличии депрессии антидепрессанты комбинируют с эглонилом, хлорпротиксеном, этаперазином; при необходимости корригирования рассстройств мышления — рисперидон (рисполент), малые дозы галоперидола, азалептина, резерпина; при истощении и нервной анорексии — оланзапин (запрекс); при расстройствах сна — зуклопентиксол (клопиксол), хлорпротиксен, малые дозы тизерцина, азалептина.

В связи с тем, что при лечении нейролептиками не возникает психической и физической зависимости, они наиболее предпочтительны, как мы на это уже указывали, при лечении поведенческих расстройств у подростков. Весьма ценным качеством — возможностью применения у ослабленных больных — обладает зуклопентиксол (клопиксол).

Всегда большие трудности представляло лечение больных шизофренией с негативной симптоматикой (аутизм, отрешенность, недоступность, социальная дезадаптация, эмоциональное снижение, расстройства мышления). В настоящее время появились нейролептики, эффективные и в этом отношении: рисперидон (рисполент), эглонил в малых и средних дозах (до 600 мг в сутки). При хронических формах шизофрении с успехом используется пролинат или флуфеназина деканоат. При лечении квентиапином отмечается равномерное воздействие на весь психоз в целом, отсутствие побочных действий, широкий диапазон доз.

Широко используются нейролептики и при резидуальных состояниях эндогенных заболеваний — здесь более предпочтительны семап, ОРАП (пимозид), флушпирилен, галоперидол-деканоат, пипортил-L4.

При отсутствии какого-либо из нейролептиков он может быть заменен другими из этой же и даже из другой группы. С этой целью используется таблица пересчета эквивалентных доз: принято считать, что 100 мг хлорпромазина соответствуют 10 мг этаперазина, 3–5 мг стелазина (трифтазина), 100 мг сонапакса (меллерила), 50 мг хлорпротиксена, 2–5 мг галоперидола. Выбор дозы зависит от остроты психотического процесса, тяжести состояния больного и синдромальной характеристики. В начале лечения, чаще стационарного, дозы обычно высокие, в последующем они уменьшаются в 3–5 раз и лечение нейролептиками приобретает поддерживающий, противорецидивный характер, растягиваясь на многие месяцы и даже годы.

Большое значение имеет выбор способа введения нейролептика: в начале лечения предпочтительнее парентеральное введение, способствующее более быстрому обрыву психоза (в/в капельное, в/в струйное, в/м), в последующем переходят к пероральному приему препаратов и/или, когда речь идет о препаратах, обладающих пролонгированным действием, в/м 1 раз в 1–4 недели.

Говоря о нежелательных эффектах нейролептиков, выделяют следующие группы:

- антидофаминэргические или экстрапирамидные (сюда входят острая дистония, акатизия, паркинсонизм, поздняя дискинезия); в этом случае течение основного заболевания осложняется из-за увеличения выраженности когнитивного дефицита, аффективных расстройств, что приводит к социальной дезадаптации;

- адренолитические эффекты (постуральная или ортостатическая гипотензия, заложенность носа, задержка эякуляции);

- холинолитические эффекты (сухость во рту, уменьшение потоотделения, затрудненное мочеиспускание или задержка мочи, запоры, нечеткость зрения, преципитация глаукомы).

К числу других эффектов относят сердечную аритмию, увеличение веса тела, аменорею, галакторею, гипотермию и изменения чувствительности; здесь следовало бы отметить, что гиперпролактинемия патогенетически связана не только с гинекомастией и галактореей, но и с остеопорозом и водной интоксикацией у больных шизофренией.

Все это способствует отказу пациентов принимать препараты, страху родителей перед нейролептической терапией.

Кроме того, хлорпромазин (аминазин высокого качества) приводит к учащению припадков у эпилептиков (а мы знаем, что при длительном течении шизофрении эписиндромы не редкость); его длительное применение может вызвать повышенную чувствительность к свету и накоплению пигмента в коже, роговице и хрусталике. Сонапакс (или меллерил) в чрезмерно больших дозах (более 800 мг в день), применяемых за рубежом, может вызвать дегенерацию сетчатки.

Редкими патологическими реакциями могут быть холестатическая желтуха и агранулоцитоз. Каких-либо тератогенных свойств у нейролептиков не обнаружено, однако их применение на ранних стадиях беременности должно быть очень осторожным.

В общем виде противопоказания включают миастению гравис, болезнь Аддисона, закрытоугольную глаукому, данные о наличии (в настоящее время или в прошлом) угнетения функции костного мозга — все эти заболевания могут обостряться при применении нейролептиков. Хлорпромазин не рекомендуют назначать больным с заболеваниями печени (вспомним об аминазиновых гепатитах), а остальные нейролептики следует назначать с осторожностью, как и при почечных заболеваниях, сердечно-сосудистых нарушениях, паркинсонизме, эпилепсии (за исключением неулептила) и тяжелых инфекциях. При острых заболеваниях печени нейролептики противопоказаны, но при хронических имеет смысл вспомнить о парентеральном применении нейролептиков: в этом случае отсутствует фаза печеночного метаболизма. Как еще в 1985 году отмечал B. Levy, при почечной недостаточности могут применяться фенотиазины — хлорпромазин, тизерцин, сонапакс, неулептил и др.

Дозирование проводится индивидуально, но для детей, пациентов с поражениями мозга, больных эпилепсией или соматическими заболеваниями, лиц маленького роста и страдающих алкоголизмом дозы уменьшаются.

Несколько практических советов при ведении больного в остром состоянии. Во-первых, прежде чем впервые назначать больному лечение, рекомендуется провести с ним беседу, разъяснив, какие эффекты могут возникнуть при приеме лекарства (например, сонливость или сухость во рту), а также сообщить, сколько приблизительно времени пройдет до появления терапевтических результатов и какие будут их первые проявления (например, улучшение сна). Врач обязан перечислить сопутствующие лечению серьезные побочные эффекты, о которых больной в случае их появления должен немедленно ему сообщить. Если пациент по какой-либо причине опасается лечения, рекомендуется провести соответствующую разъяснительную работу. Время, затраченное на нее, способствует укреплению контакта врача с больным.

Во-вторых, рекомендуется вспомнить о дифференциально-диагностических трудностях с необходимостью исключить органическое заболевание (в этом случае показано дегидратирующее, рассасывающее, вегетотропное и т. п. лечение) и послеприпадочные состояния (здесь нельзя назначать аминазин, а из числа антидепрессантов — амитриптилин, которые могут провоцировать припадки).

В-третьих, не следует оставаться наедине с пациентом, уже проявившим агрессию. Чтобы сделать успокоительную инъекцию, врач обязан пригласить такое количество помощников, которое наверняка быстро и решительно погасит сопротивление больного: полумеры делают пациента еще более агрессивным. Когда больной станет более спокойным, необходимо измерить АД и систематически повторять это в дальнейшем, особенно, если нейролептики вводятся парентерально.

В-четвертых, на ранних стадиях лечения дозы и время приема должны при необходимости корректироваться ежедневно до тех пор, пока наиболее острые симптомы не будут взяты под контроль. Следует вначале опасаться дистонических реакций, а в дальнейшем — паркинсонических и других побочных явлений и осложнений. У соматически ослабленных больных важно следить за температурой и АД для выявления возможных гипотермии и постуральной гипотензии.

После острого эпизода, естественно, назначается поддерживающая терапия. Если есть сомнения в аккуратности приема лекарств, назначаются депонированные препараты, начиная с пробной дозы: для модитен-депо это 12,5 мг. Дальше методом проб и ошибок определяется эффективная поддерживающая доза: чаще это 25–50 мг модитен-депо каждые 2–4 недели; при этом желательно начинать с 25 мг каждые три недели. Цель — определить наименьшую дозу, которая контролировала бы симптомы. Поскольку со временем она может снизиться, рекомендуется регулярно сопоставлять ее действие на симптоматику и побочные реакции. Нет необходимости постоянно давать антипаркинсонические препараты; если они нужны, то лишь на несколько дней после инъекции депо-препарата (когда концентрация его в плазме крови наиболее высока). Дело в том, что антипаркинсонические средства могут активизировать энзимы печени, метаболизирующие нейролептики, ввиду чего содержание последних в плазме может снижаться. То есть в погоне за комфортным самочувствием больного мы можем снизить общую эффективность лечения.

При несвоевременной отмене лечения значительно возрастает возможность рецидива болезни.

Обычно при лечении нейролептиками наряду с ними назначаются и другие психотропные средства, возможно и комбинирование нейролептиков друг с другом, когда в первую половину дня даются нейролептики стимулирующего действия (например, эглонил), а во вторую — нейролептики с превалированием седативного действия (например, хлорпротиксен). При лечении нейролептиками происходит постепенная нормализация психического состояния больного, однако всегда необходим врачебный контроль, поскольку оно может вызвать появление побочных явлений. К их числу относятся:

* острая дистония (кривошея, выпадение языка, спазмы мышц спины, истероидное поведение) развивается вскоре после начала лечения, особенно у молодых. Показан акинетон по 2–5 мг, а в особенно тяжелых случаях в/м или в/в медленно;
* акатизия может возникнуть на любом этапе лечения. Показаны антипаркинсонические средства, но они в этом случае ненадежны, предпочтительнее уменьшение доз;
* паркинсоновский синдром купируется с помощью антипаркинсонических средств, но только тогда, когда он действительно начал развиваться. При передозировке указанных средств возможно развитие острого органического психосиндрома с помрачением сознания. Поэтому здесь предпочтительнее либо снижение доз, либо перевод на лечение препаратами с меньшим экстрапирамидным действием (сонапакс, таксилан, лепонекс, седуксен), показаны для снятия этого расстройства кофеин, пипольфен, витамины C и B1;
* что же касается поздней дискинезии, то этот синдром особенно серьезен, поскольку, в отличие от других экстрапирамидных эффектов, не всегда исчезает после прекращения приема нейролептиков (а дальше, как это иногда бывает, инвалидизация и суицид). Он характеризуется жевательными и сосательными движениями, гримасничаньем, хореоатетоидными движениями и возможной акатизией. Более всего поражается лицо, однако также могут быть затронуты конечности, шейные и дыхательные мышцы. Чаще он развивается у больных, длительно и в высоких дозах принимавших нейролептики, но это не главные определяющие факторы. Важнее — женский пол, диффузное поражение мозга, соматическая ослабленность, прием нейролептиков пролонгированного действия. Поздние дискинезии следует дифференцировать с гиперкинезами после кровоизлияний в мозг и вследствие лечения L- ДОФА (болезнь Паркинсона), а также с кататоническими моторными расстройствами.

Примерно в половине наблюдений поздняя дискинезия проходит после медленного, постепенно прекращения лечения данным нейролептиком. Если невозможно отказаться от нейролептической терапии вообще, то показан осторожный последовательный перебор нейролептиков других групп. По нашему опыту, здесь возможно комбинирование неулептила и малых доз лепонекса. Возможно применение таких антагонистов рецепторов дофамина как галоперидол, пимозид, дофамин-истощающих препаратов типа тетрабеназина или клопиксола, в частности, в форме депонированного на 48–72 ч клопиксола акуфаз; показаны также тиаприд или тиапридал;

* особого внимания заслуживает злокачественный нейролептический синдром, возникающий при лечении сильнодействующими нейролептиками (чаще галоперидолом и модитеном) больных не только шизофренией, но и маниями, депрессиями и органическими заболеваниями мозга. Смертность — 15–20%; начало — в первые 10 дней лечения. Клиническая картина: быстро (24–72 ч) развиваются тяжелые двигательные, психические и вегетативные расстройства. Это генерализованная мышечная гипертензия, которая может привести к дисфагии и диспноэ; акинетический мутизм, ступор и нарушения сознания; неустойчивое артериальное давление, тахикардия, чрезмерное потоотделение, слюнотечение, недержание мочи. Возможны такие вторичные явления как пневмония, тромбоэмболия, сердечно-сосудистый коллапс и почечная недостаточность.

Лечение симптоматическое: наибольшее значение имеет прекращение приема нейролептиков, снижение температуры, сохранение баланса жидкости и лечение интеркуррентной инфекции. Показаны диазепам для снижения мышечной ригидности, дантролен при злокачественной гипертермии, возможно применение ЭСТ. Назначались также бромкриптин, амантадин и L-ДОФА, но нет убедительных доказательств их эффективности. Этот синдром может держаться 1–2 недели после прекращения перорального приема нейролептиков, а в случае применения пролонгов — в 2–3 раза дольше. Выжившие больные поправляются без остаточных явлений. Если нейролептики назначаются снова, то лучше начинать с сонапакса в небольшой дозе, но, в принципе, можно вернуться даже и к прежнему препарату.

Неадекватный выбор нейролептиков для лечения (например, аминазина при бессоннице) или недостаточная его доза приводят к хронифицированию болезни. В результате клиническая картина последней начинает характеризоваться вялостью, апатией, гипо- или анергией, сужением круга интересов, субдепрессией, аутизацией, появлением соматизированных психических расстройств, ипохондрии, аффективно-вегетативных кризов и др. Вместе с тем появляются элементы критической самооценки в сочетании с утратой надежды на нормализацию состояния; при отсутствии должной психотерапии здесь становятся возможными суицидальные действия.

Попытка обойти указанный вариант исхода болезни привела к модификации лечения нейролептиками, получившей название интенсивной терапии: она начинается и проводится ударными (высокими) дозами нейролептиков. Однако при этом увеличивается возможность появления побочных действий. В этом случае повышается и значимость учета противопоказаний к применению конкретных нейролептических средств: поражения печени, почек, нарушения функции кроветворных органов, декомпенсированных пороков сердца, прогрессирующих системных заболеваний головного и спинного мозга, заболеваний простаты и др.

В последние годы для борьбы с резистентностью к лечению нейролептиками применяются аутотрансфузии ультрафиолетом облученной крови, лазеротерапия крови и применение иммуномодуляторов (декарис, тимоген).

С успехом используются нейролептики и в непсихиатрических областях медицины. Так, в анестезиологии при составлении литических смесей, премедикации, для потенцирования действия аналгетиков, средств для наркоза применяются дроперидол (в комбинации с фентанилом), тизерцин, хлорпротиксен, этаперазин (под язык перед гастроскопией); при упорных болях (в том числе при раке), каузалгиях — дроперидол (после операции), сонапакс, тизерцин, при тошноте и рвоте — галоперидол, дроперидол (в послеоперационном периоде) неулептил, трифлуоперазин, при психосоматических расстройствах — галоперидол, флупентиксол, хлорпротиксен, эглонил; при синдроме Туретта — галоперидол, пимозид (детям старше 12 лет); при дерматозах с упорным зудом — тизерцин, хлорпротиксен; при интоксикациях разного генеза и ожоговом шоке — дроперидол (в рамках комплексной терапии). Широкое применение в клинике соматогенных и соматоформных психических расстройств нашли такие препараты как галоперидол (икота, хорея Гентингтонеа, заикание), хлорпротиксен (спастические состояния в ЖКТ, судорожный кашель, болезнь Меньера, дисциркуляторная энцефалопатия, черепно-мозговые травмы, аллергические реакции). В связи с наличием антихолинергического, аналгетического и антимиметического компонентов нейролептики рекомендуются пациентам с тумором.

Однако назначение нейролептиков даже в малых дозах при соматических заболеваниях рекомендуют сочетать с назначением кордиамина. При этом целесообразно учитывать относительную несовместимость нейролептиков с барбитуратами, фенамином и некоторые другие варианты, отраженные в современных руководствах по фармакотерапии. В общем, нейролептики — это мощное и весьма эффективное оружие, но надо уметь им пользоваться.

Естественно, любые рекомендации, даваемые не применительно к конкретному больному, неизбежно носят абстрактный, не индивидуализированный характер. Здесь очень велика опасность скатывания на позиции лечения не больного, а болезни. Применительно к поведенческим расстройствам всегда необходимо учитывать, в какой пропорции в их генезе находятся собственно психопатологические, и в какой — социогенные влияния. Естественно, при преобладании последних все большую роль начинают играть не медикаментозные, а психотерапевтические и социотерапевтические вмешательства. Тем не менее появление дисфорических эпизодов, элементов истерического самовзвинчивания, психопатических или психопатоподобных реакций, проявлений сексуальных девиаций оправдывает назначение психофармакологических средств даже в случаях акцентуации, не говоря уже о формирующихся психопатии или психопатоподобных расстройствах и тем более — в случаях становления и развития собственно психических заболеваний.

# **Приложение**

# **Образцы заключений СПЭН**

Каждое из положений, констатируемых в заключении (мотивировочная часть акта СПЭ), должно не только соответствовать критериям действующей в стране классификации психических и поведенческих расстройств, но и являться выводом из данных истории жизни и болезни, интегративно опираться на фактические сведения материалов уголовного дела, анамнеза, личные беседы с подэкспертным, результаты дополнительных неврологических, параклинических, психологических и иных методов исследований, а в случаях проведения комплексных экспертиз — основываться на выводах соответствующих экспертов — психологов, сексологов, наркологов и других специалистов. Форма изложения заключения комиссии представляет собой экспертное доказательство по конкретному уголовному (или гражданскому) делу. При производстве однородных и комплексных видов СПЭ экспертные выводы чаще всего содержат клинический, психологический и социально-юридический разделы обоснования, что, по сути, тождественно понятию функционального диагноза применительно к судебно-психиатрической экспертной практике.

**Органические расстройства**

1. На основании изложенного экспертная комиссия приходит к заключению, что Ц. хроническим психическим расстройством, слабоумием, иным болезненным состоянием психики не страдал и не страдает, у него имеются признаки органического эмоционального астенического расстройства поведения (F06.6 по МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза об алкоголизме отца испытуемого, токсикозе беременности у его матери, наблюдавшихся у него в детстве гипердинамических проявлениях, нараставшей школьной дезадаптации и девиантном поведении в результате педагогической и социальной запущенности, а также сведения о появившихся у него в подростковом периоде возрастных психологических протестных реакциях и стремлении к эмансипации в ответ на пролонгированную психотравмирующую ситуацию в семье. Имеющиеся у него негрубые психические изменения (церебрастенические проявления, истощаемость, утомляемость эмоциональная лабильность, невысокий уровень интеллектуального развития, конкретность мышления, некоторая примитивность и незрелость суждений) выражены незначительно, не сопровождаются нарушениями критических способностей и не лишали его в период совершения инкриминируемого ему деяния способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Кроме того, как видно из материалов уголовного дела и результатов настоящего обследования, в период совершения правонарушений у него не отмечалось признаков какого-либо временного психического расстройства, он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время он также может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания[[3]](#footnote-3)\*. В применении принудительных мер медицинского характера он не нуждается.

2. У Б. имеются признаки легкого когнитивного расстройства (F06.7 по МКБ-10). На это указывают данные анамнеза, из которых следует, что у испытуемого с наследственной отягощенностью алкоголизмом по линии матери с раннего детства имели место задержка психомоторного развития, речедвигательная расторможенность, неврозоподобная симптоматика (энурез, заикание), что сопровождалось пониженной познавательной продуктивностью, трудностями в полноценном усвоении школьных знаний. В препубертатном периоде отчетливо выявились черты психической незрелости, церебрастеническая симптоматика (утомляемость, головные боли), психопатоподобные проявления по эксплозивно-неустойчивому типу с нарушением поведения и социальной дезадаптацией, усугубившиеся в условиях педагогической запущенности. В процессе последующего естественного биологического созревания и после проведенного амбулаторного лечения психическое состояние Б., согласно медицинской документации, значительно улучшилось. Настоящее комплексное психолого-психиатрическое обследование наряду с рассеянной неврологической микросимптоматикой, некоторыми изменениями биоэлектрической активности головного мозга также выявляет у Б. психоорганические расстройства, аффективную неустойчивость, невысокий уровень интеллектуального развития (снижение умственной работоспособности, трудности в обучении и сосредоточении внимания), незрелость, примитивность суждений при сохранности критических способностей. Степень имеющихся у Б. психических изменений выражена не столь значительно, по своему психическому состоянию в период совершения правонарушений он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Как видно из материалов уголовного дела, правонарушения им были совершены также и вне какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, которое лишало бы его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действиях и руководить ими. По заключению психолога, в психическом развитии Б. отсутствуют существенные отклонения от норм его возрастного периода: он способен к выполнению основных интеллектуальных операций, ориентирован в бытовых вопросах и практических ситуациях. Вместе с тем запас общих знаний и представлений у него ограничен, фрагментарен, недостаточно усвоены социальные и моральные нормы. У него имеются также личностная незрелость, трудности конструктивного анализа и разрешения субъективно сложных ситуаций, снижение прогностических функций, склонность к необдуманным действиям, облегченность суждений с ориентацией на мнение ближайшего окружения, что оказало существенное влияние на поведение Б. в исследуемой ситуации, ограничив его способность руководить своими действиями. По своему психическому состоянию в настоящее время Б. может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

3. И. страдает хроническим психическим расстройством в виде органического расстройства личности (F07.0 по МКБ-10). Об этом свидетельствует данные анамнеза, из которых следует, что после перенесенных в раннем детстве экзогенно-органических вредностей (асфиксия в родах, повторные травмы головы) у испытуемого сформировались гипердинамический, церебрастенический и неврозоподобный синдромы, носившие клинически очерченный характер и имевшие тенденцию к усилению в период пубертатного криза. На этом фоне появилась склонность к декомпенсациям, в клинической картине которых преобладали спонтанные аффективные расстройства по типу депрессивных и дисфорических состояний с суицидальными и агрессивными тенденциями, что служило причиной неоднократных помещений испытуемого в психиатрические стационары. Указанный диагноз подтверждается также и результатами настоящего обследования, при котором наряду с признаками текущего церебрального органического поражения (грубая неврологическая симптоматика, изменения на краниограммах, выраженные нарушения биоэлектрической активности головного мозга, тенденция к пароксизмальной активности) выявляются выраженные эмоционально-волевые расстройства (повышенная возбудимость, измененное поведение, сексуальная расторможенность, изменения сексуального предпочтения, несдержанность аффекта, импульсивность, вспыльчивость, конфликтность), интеллектуальные (конкретность мышления, незрелость и примитивность суждений, снижение памяти) и грубые нарушения критических способностей. Указанное хроническое психическое расстройство в период совершения И. противоправных действий лишало его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время по своему психическому состоянию И. также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа как представляющий повышенную социальную опасность.

4. К. страдает иным болезненным состоянием психики в форме органической псевдоолигофренической личности (F 07.0, МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза, из которых видно, что у испытуемого, перенесшего ряд экзогенно-органических вредностей во внутриутробном и младенческом периодах развития (злоупотребление матерью алкоголем, цепочка детских инфекционных заболеваний), с раннего возраста выявилось выраженное отставание в физическом и психическом развитии. В последующем имели место проявления синдрома минимальной мозговой дисфункции (повышенная двигательная активность, некорригируемость, трудности концентрации внимания). В пубертатном периоде выявились выраженные признаки психической незрелости (неустойчивость интересов, легковесность суждений, преобладание игровых форм поведения, внушаемость, подчиняемость). При настоящем комплексном психолого-психиатрическом обследовании наряду с выраженным отставанием в психическом и физическом развитии, познавательными затруднениями, низким интеллектуальным уровнем, дефицитом памяти и внимания, существенными отклонениями на ЭЭГ у испытуемого обнаруживаются измененное поведение, расстройства эмоционально-волевой сферы (непосредственность, эйфоричность, примитивность, пассивность, доминирование игровой деятельности, высокий уровень внушаемости) и критики. Указанное психическое расстройство было выражено столь значительно, что К. в период совершения правонарушения не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время К. также не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. К. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа как не представляющий повышенной социальной опасности. Заключение психолога: в связи с тем, что испытуемому установлен диагноз: «органическая псевдоолигофреническая личность» и его психическое развитие качественно отличается от нормального, определить соответствие психического развития К. каким-либо возрастным нормам не представляется возможным.

5. Ф. страдает органическим расстройством личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга (F07.8 по МКБ-10). На это указывают анамнестические сведения о том, что у Ф. в раннем детстве после перенесенных экзогенно-органических вредностей (перинатальная патология, нейроинфекция) сформировались выраженный гипердинамический синдром, диэнцефальные и психоорганические расстройства с последующим присоединением полиморфных судорожных и бессудорожных приступов с психосенсорными нарушениями, изменениями сознания, нарастанием психопатоподобных расстройств и проявлением задержки психического развития. Указанные психические расстройства, изменения личности и поведения обусловили школьную и социальную дезадаптацию испытуемого и явились причиной его неоднократных госпитализаций в психиатрические стационары. В результате проведенного лечения судорожные состояния прекратились, однако по-прежнему выраженными оставались эмоционально-волевые нарушения и пароксизмы в форме тяжелых и частых дисфорий, которые обнаруживаются и при настоящем обследовании наряду с психоорганической симптоматикой, грубым психопатоподобным поведением и нарушением критических способностей. Имеющиеся у Ф. психические нарушения выражены столь значительно, что по своему психическому состоянию в период совершения противоправных действий он не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время Ф. представляет повышенную социальную опасность, у него выявляются выраженные эмоционально-волевые расстройства, склонность к агрессивно-импульсивным поступкам, когнитивные и интеллектуальные расстройства, нарушения прогноза и критики, вследствие чего он не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.

6. У Ш. имеются признаки уточненного психического расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга (F06.8 по МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о перенесенных патологических нарушениях в перинатальном периоде и черепно-мозговых травмах с последующим развитием легкой неврозоподобной и церебрастенической симптоматики, а также признаки задержанного по темпу созревания в виде психической незрелости, сочетавшиеся в подростковом возрасте с психологическими реакциями группирования со сверстниками, эмансипации, легкостью усвоения асоциальных форм поведения. Настоящее комплексное обследование также выявляет у испытуемого наряду с остаточной неврологической микросимптоматикой легковесность суждений, эмоционально-волевую неустойчивость и парциальную (личностную) незрелость. Указанные особенности психики у Ш. выражены не столь значительно, не сопровождаются болезненными расстройствами памяти, интеллекта, критическо-прогностических способностей и не лишали его в период совершения правонарушения способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время по своему психическому состоянию он также может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. Анализ материалов уголовного дела, результаты экспериментально-психологического исследования и данные направленной беседы позволяют сделать вывод, что в момент совершения правонарушения Ш. находился в состоянии эмоционального напряжения, которое оказало существенное влияние на его сознание и поведение, однако не носило характера физиологического аффекта. Об этом свидетельствуют отсутствие характерной для физиологического аффекта трехфазной динамики развития эмоциональной реакции и особенностей ее проявления, сохранность воспоминаний о случившемся и содеянном. Имеющиеся у Ш. черты психической незрелости не являются выраженными, психическое развитие Ш. в целом соответствует нормам его возрастного периода.

7. У Н. имеются проявления задержки психологического развития органического генеза (МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о том, что у испытуемого, родившегося с явлениями гидроцефалии и перинатальной энцефалопатии, перенесшего ряд экзогенно-органических вредностей (патология беременности и раннего развития, частые простудные заболевания, детские инфекции, анемия, фосфат-диабет), отмечалась задержка психофизического развития с последующим присоединением судорожных пароксизмов, двигательной расторможенности, церебрастенического (головные боли, утомляемость), неврозоподобного (иллюзорные страхи) синдромов, что являлось причиной обращений к психиатру и многократных госпитализаций в психиатрическую больницу в детском возрасте. В дальнейшем у испытуемого отмечалась положительная динамика имевшихся нарушений с выдвижением на первое место в клинической картине проявлений задержанного развития в виде психического инфантилизма. Указанный диагноз подтверждается и результатами настоящего клинико-психиатрического обследования, выявившего у подэкспертного наряду с характерными для органического поражения головного мозга изменениями на электроэнцефалограмме и рассеянной неврологической симптоматикой, явления эмоциональной и личностной незрелости, легковесность суждений, повышенную внушаемость, проявления типичной пубертатной психопатологии (элементы дисморфофобических переживаний, страхи соматических заболеваний, колебания настроения с дисфорическим оттенком по утрам). Вследствие указанных изменений психики, не исключающих его вменяемости, Н. во время совершения инкриминируемых ему деяний не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию он в случае осуждения нуждается в амбулаторном принудительном лечении у психиатра. В настоящее время он также не может в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания[[4]](#footnote-4)\*, вследствие чего целесообразно участие в судебном процессе законного представителя и адвоката испытуемого.

8. У Б. имеются признаки органического расстройства личности и расстройства половой идентификации (МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о перенесенных испытуемым экзогенно-органических вредностях (патология беременности и родов у его матери, частые инфекционные заболевания) с последующим формированием патохарактерологических черт тормозимого типа (замкнутость, сензитивность, ранимость, склонность к аутистическому фантазированию), проявлением в подростковом возрасте стойких нарушений психосексуального созревания и сексуального поведения (ранняя сексуальность, формирование гомосексуального влечения), сопровождавшихся нарушением социальной адаптации. Указанный диагноз подтверждается и результатами настоящего комплексного сексолого-психиатрического обследования, при котором наряду с остаточной неврологической симптоматикой, нарушениями биоэлектрической активности головного мозга у испытуемого выявляются церебрастенические и неврозоподобные проявления, признаки личностной незрелости, поверхностность и незрелость суждений, склонность к формированию сверхценных образований, недостаточная дифференцированность эмоциональных реакций в сочетании со стойкими выраженными расстройствами в сфере сексуального влечения при недостаточности критических способностей. Выявленное у испытуемого психическое расстройство, не лишающее его вменяемости, ограничивало его способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения общественно опасного деяния. По своему психическому состоянию в настоящее время он также не может в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, нуждается в принудительном амбулаторном лечении и наблюдении у психиатра.

**Расстройства личности (психопатии)**

1. У С. имеются признаки формирующегося тревожно-зависимого расстройства личности (по МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о свойственных испытуемому с детского возраста таких личностных особенностей как ранимость, замкнутость, нерешительность, робость, а также о появившихся у него в период дисгармонически протекавшего пубертатного периода эмоциональной лабильности, неспецифических возрастных проявлений психологического криза созревания в виде стремления к эмансипации, самоутверждению, реакций протеста, приводивших к трудностям общения с окружающими. При настоящем обследовании у испытуемого наряду с негрубой неврологической микросимптоматикой выявляются склонность к аффективным колебаниям, а также замкнутость, тревожность, ранимость и обидчивость. Однако указанные особенности психики у испытуемого не сопровождаются расстройствами памяти, интеллекта, мышления, критических способностей и в период совершения правонарушений не лишали его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В то время, как это видно из материалов уголовного дела, он также не находился и в состоянии какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

2. У Б. имеются признаки смешанного расстройства личности (МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о свойственных испытуемому с детского периода таких характерологических особенностей, как эмоциональная лабильность, неустойчивость и поверхностность интересов, эгоцентризм. В подростковом возрасте у него появились ситуационно обусловленные колебания настроения, замкнутость, оппозиционность, склонность к протестным реакциям, нарушения сферы влечений (бродяжничество, тяга к азартным играм и алкоголю), что в сочетании с личностной незрелостью, внушаемостью, подчиняемостью, облегченностью прогнозирования и снижением волевого контроля над поступками определяло картину дисгармонически протекающего пубертатного криза, являлось причиной обращения к психиатру, но существенно не снижало социальную адаптацию подэкспертного. Указанный диагноз подтверждают результаты настоящего комплексного психолого-психиатрического обследования, выявившего у испытуемого патохарактерологические личностные особенности в виде завышенной самооценки, аффективной неустойчивости, демонстративности, частичной внушаемости, поверхностности и незрелости суждений при сохранности интеллекта, мыслительного процесса и некотором снижении критических способностей. Указанные особенности психики испытуемого, не исключающие вменяемости, в период совершения инкриминируемых ему деяний ограничивали его возможность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию Б. в случае осуждения нуждается в принудительном амбулаторном наблюдении и лечении у психиатра. Ответ психолога на поставленный вопрос. Обнаруживающиеся у Б. такие индивидуально-психологические особенности, как: неустойчивость мотивационной направленности при недостаточности контроля за своими действиями и сниженном прогнозе, некоторое своеобразие и размытость смысловой сферы, тенденция к реакциям дезадаптации в ситуациях регламентации деятельности из вне и при контакте с авторитарным окружением с принятием мнения ситуационно значимых лиц, доверчивым отношением к ним в сочетании со слабой интериоризацией социальных норм — оказали существенное влияние на поведение испытуемого в ситуации правонарушения, ограничив его способность в полной мере осознавать значение своих действий и руководить ими.

3. М. обнаруживает формирование смешанного расстройства личности (МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о перенесенных испытуемым ранних экзогенно-органических вредностях (патология беременности и родов у матери, черепно-мозговая травма), о свойственных ему с детства личностных особенностях в виде эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, повышенной возбудимости, раздражительности, капризности, конфликтности, склонности к истерическим и демонстративным формам реагирования. Настоящее клиническое обследование наряду с нерезко выраженной органической неврологической симптоматикой выявило у него такие личностные особенности (эмоционально-неустойчивые и истерические черты характера) как эгоцентризм, аффективная неустойчивость, демонстративность, несдержанность при активности, настойчивость в достижении целей, способность к дифференцированному, целенаправленному поведению, при сохранности познавательных, мнестических и критических способностей. Указанные изменения психики у М. выражены не столь значительно и не лишали его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения противоправных действий. По заключению психолога, во время совершения правонарушения М. находился в состоянии эмоционального напряжения, возникшего на фоне простого алкогольного опьянения, что исключает квалификацию его как физиологического аффекта, поскольку алкогольное опьянение изменяет течение эмоциональных процессов и реакций и облегчает открытое проявление агрессивности во внешнем поведении. Эмоциональное состояние не оказало существенного влияния на сознание М. и его деятельность и не ограничивало его возможность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

4. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертная комиссия приходит к заключению, что Б. хроническим психическим расстройством, слабоумием или иным болезненным состоянием психики не страдал и не страдает, у него выявляются признаки диссоциального расстройства личности (F 60.2 по МКБ-10) на органически неполноценной почве, осложненного синдромом зависимости от психоактивных веществ разных нозологических групп (F 19.21). Об этом свидетельствуют данные анамнеза из которых следует, что у испытуемого с отягощенной алкоголизмом наследственностью, перенесшего ряд экзогенно-органических вредностей (травматичные роды, многочисленные детские инфекционные заболевания, травмы головы) с раннего возраста выявлялись признаки церебрально-органической недостаточности в виде гипердинамических, двигательных, поведенческих и эмоционально-волевых нарушений (капризность, агрессивность, уходы из дома, бродяжничество). При отсутствии необходимых социальной и медицинской коррекции в период негативной фазы пубертата (12–14 лет), на фоне дисгармонии психического развития, бурного соматоэндокринного созревания (ускоренное физическое развитие), дополнительного повреждающего воздействия на головной мозг паров различных токсических веществ (алкоголь, пары клея «Момент», бензин, растворители, наркотические препараты), формирования психофизической зависимости от психоактивных веществ и алкоголя, развития абстинентного синдрома, роста толерантности; в условиях педагогической и социальной запущенности у испытуемого отчетливо проявились патохарактерологические личностные и поведенческие расстройства (по типу гебоидных), сопровождающиеся агрессивностью, жестокостью со стремлением к психоэмоциональной разрядке путем совершения зооцидных актов (убийства животных), социопатическими, аморальными, антисоциальными тенденциями, бессердечностью, позицией безответственности, пренебрежением социальными нормами и правилами, низким порогом разряда агрессии, склонностью к насильственным актам (проявляющихся в том числе и на фоне интоксикации), пониженной способностью испытывать чувство вины. Данное диагностическое заключение основывается также на результатах настоящего комплексного обследования, выявившего у испытуемого на фоне «мягкой», резидуальной неврологической микросимптоматики, подтвержденной параклиническими методами исследования (негрубые изменениями на ЭЭГ, эхоэнцефалограмме, реоэнцефалограмме), церебрастенических проявлений (головные боли, отвлекаемость, истощаемость, раздражительность при утомлении) дисгармоничностные личностные черты и антисоциальную направленность Б. с некоторой эмоциональной холодностью, активностью и настойчивостью в преследовании узколичностных целей, аффективную неустойчивость, конфликтность, возбудимость, при сохранности прогноза и критики. Степень имеющихся у Б. изменений психики не такова, чтобы в период совершения инкриминирумых ему деяний лишать его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Как следует из материалов уголовного дела и результатов данной КСППЭ, инкриминируемые ему деяния были совершены также и вне какого-либо временного психического расстройства, которое лишало бы его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время он также может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания. Б., как обнаруживающий синдром зависимости от алкоголя и психоактивных веществ, в случае осуждения должен быть освидетельствован медицинской коимссией учреждения УИС для решения вопроса о применении к нему обязательного лечения (в соответствии с ч. 3 ст. 18 УИК РФ).

**Психогенные** **развития** **личности** **и** **острые** **аффективные** **реакции**

1. У П. обнаруживаются признаки психогенного развития личности на органически неполноценной почве (хронические изменения личности и адаптации после жестокости и насилия по МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о том, что у испытуемого на фоне остаточных явлений патологии внутриутробного развития с детского возраста в условиях многолетней психотравмирующей ситуации, связанной с алкоголизмом отца и его деспотичным поведением в семье, наблюдалось постепенное формирование стойкого комплекса сверхценных переживаний (ненависть к отцу, привязанность к матери), сопровождавшихся психогенным фантазированием, появлением и усложнением патохарактерологических особенностей тормозимого типа, астенодепрессивными проявлениями. Как видно из материалов уголовного дела и результатов настоящего обследования, на фоне утяжеления симптоматики в период пубертатного криза под влиянием очередного конфликта, действовавшего по механизму "последней капли", у П. развилось временное психическое расстройство в форме острой депрессивной реакции, протекавшей на психотическом уровне, на что указывают такие признаки, как витализация депрессии с ощущением безысходности, глубокое аффективное сужение сознания (или его помрачение по типу сумеречного) с измененным восприятием окружающего, отсутствием борьбы мотивов, нарушением критики, возникновением несвойственных личности агрессивных действий по механизму «короткого замыкания», а также наличие двигательных автоматизмов, стереотипий, с последующей психофизической астенией и частичной аффектогенной амнезией. Указанное расстройство психики лишало П. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в момент совершения инкриминируемого ему деяния. В настоящее время у него обнаруживаются признаки реактивной депрессии невротического уровня (сниженное настроение с характерными суточными колебаниями, идеи самообвинения, нарушение сна, аппетита), которые не лишают его способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. По своему психическому состоянию, как не представляющий повышенной социальной опасности, П. нуждается в лечении в психиатрическом стационаре на общих основаниях.

2. У Ч. выявлены психопатические черты характера и склонность к злоупотреблению алкоголем (хроническое расстройство личности и адаптации по МКБ-10). На это указывают данные о том, что у испытуемого из наследственно отягощенной алкоголизмом семьи в условиях психотравмирующей ситуации и под влиянием неправильного воспитания с детского возраста наблюдалось формирование патохарактерологических особенностей истеровозбудимого типа со склонностью к невротическим реакциям (страхи, нарушения сна, энурез) и демонстративным формам поведения в субъективно сложных ситуациях, а также появление однотипного способа реагирования по эксплозивному типу в подростковом возрасте. Этот диагноз подтверждается и результатами настоящего обследования, при котором у испытуемого на фоне сохранности основных интеллектуальных и критических способностей выявляются эгоцентризм, завышенная самооценка, повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, склонность к истерическим реакциям, некоторая облегченность и незрелость суждений. Как видно из материалов уголовного дела, в период совершения правонарушения у Ч. не наблюдалось признаков какого-либо временного болезненного психического расстройства, однако возникшая в ходе ссоры с отцом острая аффективная реакция на фоне имевшегося у него психического расстройства ограничивала его способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. На это указывают данные о том, что, несмотря на отсутствие в его поведении в тот период признаков расстроенного сознания, бреда, галлюцинаций, у испытуемого возникли выраженное аффективное возбуждение с чрезвычайной охваченностью сверхценными переживаниями ненависти к источнику хронической психогении, что сопровождалось недостаточным критическим осмыслением сложившейся ситуации, своих действий и их последствий, признаками аффектогенного состояния. По заключению психолога, эмоциональное состояние, в котором находился Ч. в момент совершения ООД, с учетом присущих ему личностных особенностей и специфичности развития конфликта с унижением чести и достоинства оказало существенное влияние на поведение Ч. в исследуемой ситуации. По своему психическому состоянию в настоящее время он нуждается в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра.

3. Т. перенес временное болезненное расстройство психики — тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами (МКБ-10), развившийся на фоне психогенного развития личности и органически неполноценной почве. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о перенесенных подэкспертным экзогенно-органических вредностях (частые инфекционные заболевания раннего периода развития, повторные черепно-мозговые травмы), появлении церебрастенических расстройств (головные боли, метеопатия) и формировании с препубертатного возраста (до 12 лет) в условиях протрагированной психотравматизирующей ситуации в семье (болезнь и смерть матери, деспотичное поведение и алкоголизация отца) характерологических личностных особенностей из круга тормозимых — замкнутости, тревожности, отгороженности, ранимости. Данные настоящего комплексного психолого-психиатрического обследования и материалы уголовного дела указывают на то, что на фоне углубления личностных расстройств, присоединения депрессивной симптоматики (тревога, страх, астения, пониженное настроение), под влиянием систематических побоев, неадекватных высказываний и постоянных требований отца убить его, носящих для подэкспертного изнуряющий и суггестивный характер, после очередного провоцирующего конфликта у Т. развилось временное болезненное расстройство психической деятельности в форме острой аффективной реакции (депрессивный эпизод психотического уровня), сопровождающейся углублением и витализацией депрессии с ощущениями безысходности, генерализованной безотчетной тревогой, глубокими аффективными изменениями сознания, иллюзорными нарушениями восприятия, элементами синдрома психического автоматизма (ощущения гипнотического воздействия), автоматизированным характером действий, последующими терминальной астенией и аффектогенной амнезией. Указанное временное болезненное расстройство лишало Т. в момент совершения инкриминируемого ему деяния способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время (депрессия невротического уровня) Т. нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа, как не представляющий повышенной общественной опасности.

**Патологический** **и** **дисгармонический** **пубертатный** **криз**

1. У Е. имеются признаки патологически протекающего пубертатного криза с гебоидным синдромом на фоне ранней резидуально-органической недостаточности (пубертатные и органические психические расстройства по МКБ-10). На это указывают данные анамнеза, из которых следует, что у испытуемого, родившегося от патологически протекавших беременности и родов, перенесшего в раннем детстве ряд детских инфекций и травм головы, в период второго возрастного криза (5–7 лет) выявились неврозоподобные и психопатоподобные нарушения в виде повышенной возбудимости, агрессивности, нарушений поведения. С началом пубертатного периода, протекавшего с признаками асинхронного полового созревания, произошло значительное углубление эмоционально-волевых расстройств с присоединением расторможенности влечений (бродяжничество, алкоголизация, садистские наклонности), аффективных нарушений по типу биполярных расстройств настроения, массивного утрированного психологического криза созревания (оппозиционность, негативизм, эмоциональная черствость), которые выявляются и при настоящем обследовании наряду с нарушением критических и прогностических способностей. Указанные психические расстройства у Е. выражены столь значительно, что он по своему психическому состоянию в период совершения противоправных действий не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время по своему психическому состоянию Е. также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с усиленным наблюдением в связи со стойкими асоциальными и агрессивными тенденциями, выраженностью эмоционально-волевых расстройств и нарушений критики.

2. У Е. обнаруживаются признаки дисгармонически протекающего пубертатного криза на фоне органически неполноценной почвы — «пубертатные и органические психические расстройства» (МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о том, что у испытуемого из наследственно отягощенной психическими заболеваниями семьи, перенесшего ряд экзогенно-органических вредностей (повторные тяжелые инфекционные заболевания) в раннем периоде развития, с подросткового возраста имели место карикатурно выраженные проявления психологического криза созревания в виде реакций пассивного и активного протеста, оппозиции, группирования со сверстниками, имитации, эмансипации в сочетании с появившимися на фоне перенесенных травм головы колебаниями настроения по типу дистимий, психопатоподобными проявлениями по возбудимому и неустойчивому типам с расторможенностью влечений (беспорядочные половые связи, ранняя алкоголизация), что обусловило отклонения в его поведении, демонстративные суицидальные попытки, госпитализации в психиатрические больницы. Настоящее клиническое психиатрическое обследование выявляет у подэкспертного наряду с характерными для резидуально-органического поражения головного мозга рассеянной неврологической микросимптоматикой и нерезко выраженными изменениями на электроэнцефалограмме и эхоэнцефалограмме, также и церебрастенические расстройства (головные боли, утомляемость), ситуационно обусловленную субдепрессию, черты характера из круга возбудимых и неустойчивых, склонность к внешнеобвиняющим и защитным формам реагирования, мышление конкретного типа, незрелость и поверхностность суждений. Имеющиеся у Е. изменения психики, не исключающие вменяемости, в период, относящийся к совершению инкриминируемых ему деяний, ограничивали способность Е. в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Как это видно из материалов уголовного дела и данных настоящего обследования, у подэкспертного в тот период также не выявлялось и признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, он находился в состоянии простого алкогольного опьянения. Об этом свидетельствуют данные об употреблении алкогольных напитков перед правонарушением, последовательность и целенаправленность действий подэкспертного, адекватный речевой контакт, сохранность воспоминаний при отсутствии признаков измененного сознания, бреда, галлюцинаций. В настоящее время по своему психическому состоянию Е. способен в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания. В случае осуждения он нуждается в амбулаторном принудительном лечении и наблюдении у психиатра.

**Шизофрения**

1. В. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизофрении. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о наблюдавшихся у испытуемого с детства преморбидных особенностях шизоидного типа (замкнутость, сензитивность, мнительность, повышенная тревожность), склонности к неврозоподобным расстройствам (неопределенные страхи, нарушения сна) и своеобразным увлечениям. В подростковом возрасте у него появились кратковременные эпизоды с идеями «чужих родителей», сопровождавшиеся страхом, растерянностью, деперсонализацией, а в последующем отмечалось постепенное развитие болезненного процесса, характеризовавшееся биполярными циклотимоподобными колебаниями настроения, аутистическим фантазированием, сверхценными патологическими идеями отношения, отравления. В возрасте 16–17 лет указанные нарушения сопровождались углублением патологических идей до уровня бреда отношения, усилением аффективных расстройств, нарастанием специфических для шизофрении негативных изменений в виде дезорганизации и непродуктивности мышления и эмоционально-волевых нарушений. После привлечения к уголовной ответственности у испытуемого наблюдалось дальнейшее течение заболевания с возникновением длительного маниакально-бредового психотического состояния, сменившегося ажитированной депрессией. Указанный диагноз подтверждается и результатами настоящего обследования, при котором у испытуемого выявлены характерные для шизофренического процесса разнообразные продуктивные психопатологические расстройства (депрессивный аффект, тоска, тревога, идеи самообвинения, бредовые идеи отношения), а также негативные проявления в виде дефицитарной эмоциональности (холодность, парадоксальность), грубых нарушений мышления (резонерство, паралогичность, амбивалентность), прогностических и критических способностей. Указанное хроническое психическое расстройство лишало В. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время он также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, в связи с тяжестью совершенных общественно опасных действий, выраженностью психопатологических нарушений, импульсивностью поступков, как представляющий особую социальную опасность, В. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением.

2. Л. страдает хроническим психическим расстройством в форме непрерывно-прогредиентной шизофрении с гебоидным синдромом. На это указывают данные анамнеза о раннем начале шизофренического процесса, проявлявшегося в грубом психопатоподобном поведении с расторможенностью влечений, агрессивностью, извращенной жестокостью, глубокими изменениями в эмоциональной сфере, что также сопровождалось задержкой психического развития. В пубертатный период наблюдалось дальнейшее углубление гебоидных расстройств, выражавшихся в усилении патологии влечений (бродяжничество, садистические тенденции), появлении немотивированного негативизма, отчуждения и враждебного отношения к родным, присоединении асоциальных форм поведения и полной социальной дезадаптации. Этот диагноз подтверждается также и результатами настоящего обследования, при котором у испытуемого выявляются глубокие изменения в эмоционально-волевой сфере в виде холодности, парадоксальности, извращенности эмоциональных реакций, преобладания агрессивно-садистических тенденций, сочетающихся с повышенной чувствительностью, сензитивностью, эгоцентризмом, расстройствами мышления (непоследовательность, резонерство, непродуктивность) и грубыми нарушениями критики. Как страдающий хроническим психическим расстройством в период совершения правонарушений, Л. не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время он также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением в связи с наличием у него выраженных эмоционально-волевых нарушений, некритичности, расторможенности влечений, импульсивности поступков, с учетом тяжести содеянного и особой социальной опасности Л.

3. Ш. страдает хроническим психическим расстройством в форме юношеской шизофрении. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о психически отягощенной наследственности (эндогенное заболевание у бабушки), свойственных испытуемому с детства преморбидных особенностях в виде шизоидных черт характера (замкнутость, сензитивность, ранимость, мечтательность), склонности к неврозоподобным реакциям (энурез, заикание, неопределенные фобии и приступы тревоги). В период пубертатного криза наряду с усилением психологических реакций (протеста, оппозиции) имели место массивные нарушения в сфере влечений (бродяжничество, кражи) в сочетании с биполярными колебаниями настроения (депрессии, гипомании), в связи с чем он госпитализировался в психиатрическую больницу. В последующем к клинической картине заболевания присоединились сверхценные патологические идеи отношения, воздействия, грубые эмоционально-волевые нарушения (возбудимость, агрессивность, жестокость, холодность, извращенность влечений). Указанный диагноз подтверждается и результатами настоящего психолого-психиатрического обследования, при котором у испытуемого выявлены специфические для шизофренического процесса нарушения мышления (непродуктивность, аморфность, амбивалентность, соскальзывания, «наплывы» и обрывы мыслей), эмоционально-волевой сферы (холодность, уплощенность, парадоксальность) в сочетании с бредовыми идеями отношения, физического и гипнотического воздействия в структуре синдрома психического автоматизма и утрата критических способностей. Хроническое психическое расстройство в период, относящийся к содеянному, лишало Ш. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время с учетом особой социальной опасности (повторное совершение общественно опасных деяний, характер и тяжесть содеянного, выраженные эмоционально-волевые расстройства, психические автоматизмы, расширение бредовой фабулы с включением в нее близких родственников и случайных лиц, грубое нарушение критики) Ш. нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением.

**Эпилепсия**

1. З. страдает эпилепсией с выраженными психическими расстройствами и частыми пароксизмальными состояниями. Об этом свидетельствуют данные анамнеза, согласно которым у испытуемой с детского возраста появились полиморфные пароксизмальные судорожные и бессудорожные состояния с кратковременным нарушением сознания, которые сопровождались изменениями личности в виде возбудимости, несдержанности, конфликтности, злопамятности, агрессивности. В подростковом возрасте на фоне полового созревания отмечалось учащение судорожных пароксизмов и дисфорических состояний, появились диэнцефальные приступы, нарастали личностные изменения по истероэпилептоидному типу, которые выявляются и при настоящем обследовании наряду с вязкостью, тугоподвижностью, обстоятельностью мышления, незрелостью, категоричностью суждений, расстройствами эмоционально-волевой сферы в виде ригидности аффекта, склонности к фиксации на отрицательных переживаниях и к продуцированию труднокорригируемых связей, недостаточностью критических способностей. Имеющиеся у З. психические расстройства выражены столь значительно, что она по своему психическому состоянию в период совершения правонарушения не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время (частота пароксизмальных состояний, выраженность нарушений эмоционально-волевой сферы и критики) она также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа.

2. У Л. выявлено психическое расстройство, не исключающее ее вменяемости, в форме эпилепсии. На это указывают анамнестические сведения о том, что у испытуемой из наследственно отягощенной эпилепсией семьи с 10-летнего возраста появились полиморфные эпилептические приступы, по поводу чего она наблюдалась врачами ПНД и лечилась в психиатрической больнице. Данное заключение подтверждается также и результатами настоящего обследования, при котором у испытуемой выявляются замедленный темп мышления, его конкретность, обстоятельность, незрелость и поверхностность суждений, ригидность и застойность аффективных реакций в сочетании с характерными изменениями биоэлектрической активности головного мозга и пароксизмальными проявлениями. Вместе с тем имеющиеся у нее психические нарушения выражены не столь значительно, не сопровождались частыми пароксизмальными состояниями и нарушениями критики и не лишали ее способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения правонарушений. Как видно из материалов уголовного дела, в то время у Л. не обнаруживалось также признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, о чем свидетельствуют ее правильная ориентировка в окружающем, сохранность речевого контакта, отсутствие в ее поведении психопатологических проявлений, сохранность воспоминаний о случившемся. Поэтому в период противоправных действий она могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в настоящее время она также может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. В принудительных мерах медицинского характера она не нуждается. В связи с наличием у нее эпилепсии нуждается в динамическом наблюдении психиатра либо невролога и лечении.

**Умственная отсталость**

1. З. страдает психическим расстройством в форме легкой умственной отсталости (олигофрении) в степени дебильности с психопатоподобным синдромом. На это указывают данные анамнеза, из которых видно, что после перенесенных испытуемым пренатальных (патология внутриутробного периода) и перинатальных (цепочка детских инфекций, черепно-мозговая травма) экзогенно-органических вредностей с раннего возраста у него отмечалось резкое отставание в физическом и психическом развитии с неспособностью приобретения навыков самообслуживания и полноценных школьных знаний, что сопровождалось нарушениями поведения, усилившимися после черепно-мозговой травмы на фоне церебральной астении. С началом подросткового возраста присоединились грубые психопатоподобные нарушения, расторможенность влечений, что обусловило частые госпитализации испытуемого в психиатрические больницы. Настоящее обследование наряду с соответствующей неврологической симптоматикой выявляет у испытуемого низкий уровень интеллектуального развития, крайне малый запас знаний и представлений, сугубо конкретный характер мышления, неспособность к обобщениям и волевой регуляции поведения, выраженные эмоциональные расстройства (недифференцированность, неустойчивость, возбудимость, несдержанность) и нарушение критических и прогностических способностей. Степень имеющихся у З. психических изменений выражена столь значительно, что он не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения противоправных действий. По своему психическому состоянию в настоящее время он также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа, как представляющий повышенную социальную опасность.

2. У Б. имеются признаки легкой умственной отсталости с психическими расстройствами. На это указывают данные анамнеза о перенесенных им ранних экзогенно-органических вредностях с последующим отставанием в умственном развитии, невозможностью обучения по программе массовой школы, а также имеющиеся у него эмоционально-волевые нарушения в виде повышенной возбудимости, слабости самоконтроля, подчиняемости, внушаемости наряду с конкретностью и тугоподвижностью мышления, низким уровнем интеллектуального развития и примитивностью суждений, что выявляется и при настоящем обследовании. Как видно из материалов уголовного дела, в период следствия в условиях психогенно-травмирующей ситуации у Б. возникло временное болезненное расстройство психической деятельности в форме декомпенсации (усиление имеющихся у него интеллектуальных и эмоционально-волевых расстройств, появление невротической симптоматики, нарушение критических и прогностических способностей), которое лишает его способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими в настоящее время, в связи с чем решить экспертные вопросы не представляется возможным. Он нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа до выхода из указанного болезненного состояния с последующим решением экспертных вопросов.

**Потерпевшие** **и** **свидетели**

1. П. — потерпевшая по ст. 132 (ч. 3, «в») УК РФ (совершение отцом насильственных действий сексуального характера в отношении своей дочери). …Комиссия приходит к заключению, что П. каким-либо психическим расстройством в настоящее время не страдает и не страдала в период совершения в отношении нее противоправных действий. По своему психическому состоянию П. могла правильно воспринимать внешнюю сторону обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела, и давать показания. В настоящее время по своему психическому состоянию П. также может правильно воспринимать внешнюю сторону обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела, может давать показания и участвовать в судебно-следственных действиях.

2. Г. — потерпевший по ст. 132 УК РФ (мужеложство).... На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Г. хроническим психическим расстройством не страдал и не страдает им в настоящее время. В период совершения в отношении него противоправных действий, как видно из материалов уголовного дела, у него также не наблюдалось и признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, поэтому он мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может давать о них правильные показания. Вместе с тем в силу естественной возрастной незрелости, недостаточности жизненного опыта, неосведомленности в вопросах половых отношений и соответствующих социальных нормах он не мог понимать характер и значение совершаемых с ним действий и оказывать сопротивление, что существенным образом сказалось на его поведении в исследуемой ситуации. Признаков патологического фантазирования и повышенной внушаемости у Г. нет.

3. Д. — свидетель по делу Т., обвиняемого по ст.105 УК РФ....Д. психическим расстройством не страдает и не страдал им ранее. По заключению психолога, он имеет достаточный для своего возраста уровень психического развития, у него нет нарушений внимания, памяти, восприятия, а также повышенной внушаемости и склонности к фантазированию. У него достаточно развиты способности к восприятию информации о конкретных предметах и установлению элементарных причинно-следственных связей и их произведению. У него нет индивидуально-психологических особенностей, которые могли бы оказать существенное влияние на его поведение в исследуемой ситуации, а также признаков, ограничивающих его возможность адекватно воспринимать окружающую действительность и сообщать о ней. В то же время в силу малолетнего возраста Д. мог правильно воспринимать лишь внешнюю сторону обстоятельств, имеющих значение для дела без понимания их сущности. Из-за недостаточной сформированности долговременной памяти с отсроченным воспроизведением событий давнего прошлого, учитывая длительный период с момента происшедшего, в настоящее время Д. не может давать правильные показания.

4. С. — потерпевшая по ст.131 УК РФ (изнасилование).... С. до совершения в отношении нее противоправных действий психическим расстройством не страдала, могла правильно воспринимать внешнюю сторону обстоятельств, имеющих значение для дела (время, место, пол и внешность преступника и т.д.). В настоящее время у нее выявляются признаки органического поражения головного мозга с церебрастеническим синдромом. Данное заключение подтверждается анамнестическими сведениями о перенесенной С. в криминальной ситуации (число) острой гипоксии мозга вследствие механического сдавления сосудов шеи с клиническими проявлениями энцефалопатии и последующим регредиентным течением процесса, а также результатами настоящего обследования, при котором у нее на фоне определенной неврологической симптоматики выявлены церебрастенические расстройства (повышенная утомляемость, истощаемость, отвлекаемость, эмоциональная неустойчивость, головные боли, головокружение) в сочетании с незрелостью, поверхностностью суждений, конкретностью мышления и признаками кратковременной ретроградной амнезии (запамятование отдельных моментов случившегося). Анализ материалов уголовного дела и медицинской документации показывает: несмотря на то, что указанные психические нарушения появились у С. после совершения в отношении нее правонарушения и наблюдались в период ее допроса (число), они не лишали ее способности давать правильные показания о внешних, фактических сторонах важных для дела обстоятельств. В силу возрастной неосведомленности С. в вопросах взаимоотношений полов она не могла понимать характер и значение совершаемых с ней действий и оказывать сопротивление. Выявленные у С. склонность к фантазированию и внушаемость не выходят за рамки нормы ее возрастной группы. В связи с наличием у нее в настоящее время признаков органического поражения головного мозга и невротическими проявлениями с целью исключения неблагоприятного влияния на ее психическое здоровье дополнительных психотравмирующих факторов участие С. в судебно-следственных действиях не рекомендуется по медицинским показаниям.

5. Ш. страдает органическим психическим расстройством с пароксизмальными состояниями. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о патологически протекавших беременности и родах у матери испытуемой, отставании ее с раннего детского возраста в психофизическом развитии с невозможностью приобретения полноценных школьных знаний, наблюдавшихся у нее двигательной расторможенности, аффективной возбудимости, выраженных эмоционально-волевых расстройствах, судорожных припадках и бессудорожных пароксизмах, а также результаты настоящего обследования, при котором у испытуемой выявлены крайне низкий интеллектуальный уровень, сугубо конкретный тип мышления, неспособность к элементарным обобщениям, неустойчивость внимания, утомляемость, склонность к вымыслам, повышенная внушаемость, подчиняемость, нарушение критических и прогностических способностей в сочетании с резидуальной органической неврологической симптоматикой. Степень имеющихся у Ш. психических расстройств выражена столь значительно, что по своему психическому состоянию в период совершения в отношении нее противоправных действий она не могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и не может давать о них правильные показания. Она также не могла понимать характер и значение совершаемых с ней действий и оказывать сопротивление.

6. У П. имеются признаки легкого когнитивного и социализированного расстройств поведения (по МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза о патологически протекавшей беременности у матери испытуемой, наблюдавшейся у нее в детстве легкой задержке психического развития с трудностями усвоения школьных знаний, облегченным усвоением асоциальных форм поведения и психопатоподобными нарушениями, а также выявленные при настоящем обследовании невысокий уровень интеллектуального развития, ограниченный запас знаний, поверхностность и примитивность суждений, эмоциональная неустойчивость на фоне резидуально-органической неврологической симптоматики. Указанные психические особенности вместе с тем не сопровождаются грубыми нарушениями памяти, интеллекта и критических способностей и не лишали ее возможности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и давать о них правильные показания. По уровню своего развития и осведомленности в вопросах половых отношений она могла понимать характер совершаемых с ней действий, но не понимала их значение в полной мере. Имеющиеся у П. индивидуально-психологические особенности оказали существенное влияние на ее поведение в исследуемой ситуации.

7. К. — потерпевшая по ст.ст. 110, 116 УК РФ (доведение до самоубийства, нанесение побоев).... К. психическим расстройством не страдает и не страдала таковым ранее. Как видно из материалов уголовного дела и результатов настоящего обследования, в период, относящийся к совершению суицидальной попытки, она также находилась вне какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, о чем свидетельствуют данные об отсутствии у нее в то время признаков бреда, галлюцинаций, расстроенного сознания. Поэтому по своему психическому состоянию она могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может давать о них правильные показания. Вместе с тем в результате полученных при падении телесных повреждений с травматическим шоком у К. развилась ретро- и антероградная амнезия (запамятование в основном последующих за суицидальной попыткой событий и частично — предшествовавших ей), поэтому об этом периоде она не может давать правильные показания. Анализ материалов дела и результаты психологического исследования позволяют сделать вывод, что в момент совершения суицидальной попытки К. находилась в состоянии острой аффективной реакции (острой реакции на стресс по МКБ-10), возникшей в психогенно-травмирующей ситуации), возникшей в психогенно-травмирующей ситуации. На это указывают следующие факты: наличие длительной субъективно значимой психотравмирующей обстановки в семье, повторность ситуаций, несущих в себе оскорбление и унижение личного достоинства К., накопление у нее аффективно насыщенных, отрицательно окрашенных переживаний, неспособность к самостоятельному адекватному рациональному разрешению конфликтной ситуации. В период совершения суицидальной попытки в ходе очередного конфликта с отцом в ответ на его оскорбления у К. наблюдались изменение психической деятельности в виде п сихогенного сужения сознания с концентрацией внимания на психотравмирующих переживаниях, фрагментарность восприятия, снижение интеллектуального и волевого контроля поведения с нарушением прогнозирования возможных последствий своих действий. Указанное психическое состояние оказало существенное влияние на ее поведение в исследуемой ситуации. В настоящее время по своему психическому состоянию К. может правильно воспринимать обстоятельства дела, давать о них правильные показания и участвовать в следственных действиях.

8. Н. до совершения в отношении нее противоправных действий психическим расстройством не страдала, могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может давать о них правильные показания. По уровню психического развития и осведомленности в вопросах взаимоотношения полов она могла понимать характер и значение совершаемых с ней действий. По заключению психолога, присущие Н. индивидуально-психологические особенности выражены не столь значительно, чтобы затруднять ее адаптацию в повседневной жизни, однако в криминальной ситуации под влиянием агрессивных действий преступника в результате чувства страха и оценки создавшейся ситуации как безвыходной и несущей в себе реальную угрозу ее жизни присущие ей психологические особенности (неуверенность в себе, подчиняемость, склонность к реакциям растерянности, отсутствие навыков нахождения конструктивных решений в трудных ситуациях) заострились, что привело к их существенному влиянию на поведение Н. и ограничило ее способность к активному сопротивлению. После случившегося у Н. развилось затяжное невротическое депрессивное состояние (посттравматическое стрессовое расстройство по МКБ-10), которое характеризовалось снижением настроения, нарушением сна с кошмарными сновидениями, страхом, тревогой, переживаниями случившегося, фиксацией на них, суицидальными мыслями, плаксивостью, снижением работоспособности. Признаки указанного состояния сохраняются у нее до настоящего времени, поэтому ее участие в судебно-следственном процессе не рекомендуется в связи с возможностью ухудшения психического состояния.

**Индуцированные** **бредовые** **расстройства**

1. У Н. обнаруживаются признаки психического расстройства в форме индуцированного галлюцинаторно-бредового психоза шизофреноподобной структуры (индуцированное бредовое расстройство по МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза, из которых следует, что у испытуемой из наследственно отягощенной психическими заболеваниями семьи (шизофрения у матери, алкоголизм у отца), с детского возраста отмечались неврозоподобные (неопределенные фобии, логоневроз) и церебрастенические расстройства (метеолабильность, головные боли, непереносимость температурных нагрузок), в последующем выявились сензитивные личностные особенности (повышенная впечатлительность, внушаемость, подчиняемость, несамостоятельность в принятии решения с ориентацией на мнение окружающих и субъективных авторитетов). В период пубертата отмечалось усиление личностной патологии за счет нарастающих явлений психической незрелости и появления истерических особенностей (эмоциональная неустойчивость, высокая активность, демонстративность, стремление к самоутверждению). Примерно с …(дата) у испытуемой при тесном эмоционально-личностном взаимодействии с душевнобольной матерью (индуктор бреда) развилось индуцированное (наведенное) психотическое состояние, сопровождающееся заимствованной у индуктора массивной психопатологической симптоматикой (болезненная интерпретация окружающего, галлюцинаторно-иллюзорные расстройства, бредоподобные фантазии, элементы синдрома психического автоматизма), охваченностью патологическими переживаниями, определявшими неадекватное поведение подэкспертной и патологическую мотивацию в период содеянного. Настоящее освидетельствование обнаруживает у испытуемой проявления индуцированного психоза в виде заимствованных идей колдовства, воздействия, отношения, обусловленных сохраняющейся идентификацией с душевнобольной матерью, полным разделением ее бреда, а также признаки психической незрелости (примитивность, поверхностность суждений), невысокого интеллекта, нарушений мышления (непоследовательность, склонность к формированию, воспроизведению и самостоятельному развитию почерпнутых патологических идей), эмоционально-волевой сферы (ригидность аффекта, избирательная внушаемость, подчиняемость) и критических способностей. Указанное психическое расстройство в период, относящийся к инкриминируемому деянию, лишало Н. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время она также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. Как представляющая повышенную социальную опасность (расстройства мышления и эмоционально-волевой сферы, идентификация с душевнобольной, некритичное разделение чужих бредовых идей, тяжесть и характер содеянного), Н. нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа, которое следует проводить отдельно от ее психически больной матери.

2. Потерпевшая П. по ст.235 УК РФ.... Подэкспертная П. до …. года (указана дата до общения с индуктором бреда — Т.) каким-либо психическим расстройством не страдала, у нее отмечались признаки парциального психического инфантилизма в виде наивности, излишней доверчивости, незрелости суждений, склонности к фантазированию, а также присущие подростковому возрасту психологические особенности, такие, как стремление к самоутверждению, к поиску кумиров, подверженность внушению со стороны авторитетных личностей и подчиняемости им, склонность к сверхценным увлечениям. Поэтому по своему психическому состоянию она могла понимать значение своих действий и руководить ими. Как следует из материалов уголовного дела, на фоне имеющихся у нее особенностей личности в процессе продолжительного эмоционального контакта с Т. у П. развилось психическое расстройство в форме индуцированного психоза (индуцированное бредовое расстройство по МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные медицинской документации и рукописная продукция испытуемой об активном внушении индуктором (Т.) своих взглядов, усвоении ею ранее чуждых интересов, концепций, мировоззрения, идентификации с его личностью, появлении у нее (примерно с …. года) патологических сверхценных образований, четко коррелирующих с содержанием «идей» Т., которые сопровождались аффективной охваченностью, нарушением критической оценки и переработки, несвойственными ей ранее агрессивностью и оппозиционностью к родственникам, некорригируемостью поведения, а также сведения о постепенной редукции указанных расстройств после прекращения общения с индуктором. Поэтому по своему психическому состоянию в тот период она не могла понимать характер и значение совершаемых с ней действий, а также осознавать значение своих действий и руководить ими. В настоящее время у П. обнаруживаются остаточные явления перенесенного индуцированного психоза в виде неустойчивости настроения, периодически возникающих тревожных опасений встречи с Т., противоречивого отношения к нему, а также недостаточной критики к пережитому состоянию и сложившейся ситуации. По своему психическому состоянию она нуждается в динамическом наблюдении психиатра по месту жительства. Клиническая картина психического расстройства в период ее пребывания в психиатрическом стационаре при отсутствии достаточных объективных данных о взаимоотношении с Т. могла быть расценена как проявление шизофренического процесса. Не представляется возможным ответить на вопрос о вероятности нахождения П. под воздействием гипноза, так как в материалах дела отсутствуют конкретные данные о применении гипнотических процедур.

**Аффект**

*Подэкспертная К., обвиняемая в преднамеренном убийстве своего отчима Я. (ст. 105 УК РФ).* На основании изложенного комплексная психолого-психиатрическая экспертная комиссия приходит к заключению, что К. каким-либо хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием, иным болезненным состоянием психики, которое лишало бы ее возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого ей деяния, не страдала. Ответ на вопрос о вменяемости не входит в компетенцию психолого-психиатрической экспертизы, а является прерогативой суда.

Анализ материалов дела, медицинской документации в сопоставлении с результатами двукратного освидетельствования указывает на то, что после привлечения к уголовной ответственности, в результате воздействия психогенно травмирующих факторов (осознание факта совершения убийства, реальных и возможных последствий происшедшего), у подэкспертной появились признаки депрессии невротического уровня в виде снижения настроения, эмоциональной лабильности, астенической симптоматики (общая слабость, апатия, головные боли, головокружения, нарушения концентрации внимания, повышенная истощаемость психических процессов), что сопровождалось навязчивыми представлениями, отрывочными идеями виновности и уничижения, пессимистическим видением будущего, регрессивными феноменами (элементы пуэрилизма), соматизацией психических расстройств (конверсионные расстройства чувствительности, зрения, психогенное переедание, нарушения сна — трудности засыпания, тревожный, прерывистый сон, кошмарные сновидения, раннее пробуждение), нарушением уровня социального функционирования. К настоящему времени отмечается положительная динамика указанных расстройств, что обусловлено временным фактором, а также психофармакотерапевтическим воздействием и позволяет утверждать о способности К. в настоящее время по своему психическому состоянию осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, давать показания, принимать участие в судебно-следственных мероприятиях, которые рекомендуется проводить с учетом имеющейся у подэкспертной реактивной лабильности, легкости актуализации идей самообвинения, возникновения суицидальных тенденций. По своему психическому состоянию в настоящее время в применении принудительных мер медицинского характера К. не нуждается.

Ответы психолога на вопросы №№… Психологический анализ результатов экспериментально-психологических исследований, анамнестических материалов и материалов уголовного дела, данные направленной беседы с испытуемой относительно динамики ситуации, предшествовавшей правонарушению, а также во время его совершения, данные беседы экспертов с матерью испытуемой, проведенной с разрешения следствия, позволяют сделать вывод о том, что в момент совершения правонарушения К. находилась в состоянии аффекта. Данное состояние возникло на фоне длительной психотравмирующей семейной обстановки и жестокого обращения со стороны отчима. Потерпевший Я., начиная с 20.. года, систематически избивал К. и ее мать Ф. В 20.. г. отношения в семье еще более ухудшились. Я. в состоянии алкогольного опьянения сильно избил ногами К. после того как она в ходе конфликта попыталась заступиться за свою мать (допрос свидетеля Ф., допрос обвиняемой К.). Я. постоянно проявлял агрессию: придирался к К. по незначительным поводам, эпизодически ночью «для смеха» душил ее подушкой, фотографировал ее и ее мать со следами побоев, демонстративно жестоко обращался с собакой (допросы Ф., беседа экспертов с Ф., показания К.). Несколько раз имели место сексуальные домогательства по отношению к К. (показания свидетелей У. и Ф.), «трогал за грудь», заходил в ванную, когда там находилась испытуемая, «тискал» ее в коридоре. К. сообщает, что не могла рассказать об этом матери, так как «не хотела портить ее брак», «думала, что все еще наладится». Кроме того, она боялась расправы Я. По ее словам, «часто думала, что если скажу что-то не так, он меня снова изобьет». При возникновении конфликтов и ссор «просто пыталась молчать», во время скандалов иногда убегала из дома. Сообщает, что когда Я. избил ее в очередной раз, чтобы прекратить издевательства с его стороны, порезала себе предплечье. После этого случая переехала жить к родственникам, психическое напряжение несколько снизилось, однако оставалась тревога, «все еще беспокоилась за маму, боялась что «папа» может что-то с ней сделать». За две недели до правонарушения Ф. уговорила дочь вернуться домой, чтобы готовиться к вступительным экзаменам, сообщила, что «папа больше не пьет, все хорошо». Однако по возвращении в семью агрессивные действия со стороны Я. возобновились, К. казалось, что потерпевший стал относиться к ней еще хуже. К, как и прежде, избегала открытых ссор и конфликтов (из беседы с К.). Данные обстоятельства способствовали дальнейшему усилению психического напряжения (ответ на вопрос №…). Кроме того, накоплению эмоционального напряжения способствовали и личностные особенности К. в виде склонности к избеганию конфликтов путем отрицания их значимости, вытеснения неприятных переживаний, ухода от их интеллектуальной переработки, пассивного подчинения и конформности в сочетании с повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, критическим замечаниям, сензитивностью и ранимостью в межличностном взаимодействии, трудностями нахождения конструктивных путей разрешения проблем, легкостью дезорганизации поведения в эмоционально насыщенных ситуациях (ответ на вопрос №..). В день совершения правонарушения К. готовилась к вступительным экзаменам, мать ей помогала. Потерпевший пришел с работы и начал смотреть телевизор, очень громко включив звук. На нейтральные просьбы Ф. и К. убавить звук отреагировал неожиданно агрессивно. Оскорблял К., обещал «открутить голову». К. попыталась разрешить конфликт с помощью привычных для нее способов поведения в проблемных ситуациях, путем избегания конфликта. Так, она сообщает, что хотела уйти из квартиры, «пока все не утихнет» (из беседы с К.). Однако Я. воспрепятствовал ее уходу, преградил дорогу, не давал надеть ботинки и, оскорбляя, начал избивать К. Потерпевший ударил К. головой о стену, после чего у нее «потемнело в глазах и тошнило» (допрос обвиняемой К.). Указанные действия потерпевшего способствовали нарастанию у К. эмоционального напряжения. Не имея возможности покинуть квартиру, К. побежала на кухню, стараясь укрыться от Я. Последующее развитие событий, когда потерпевший догнал ее и продолжил избиение, обусловили возникновение у К. ощущения субъективной безвыходности ситуации («хотела спрятаться, убежать, но было некуда»). Последняя реплика потерпевшего: «Сейчас я тебя убью», — была воспринята К. как непосредственная угроза для жизни («Я поняла, что он точно меня убьет, что живой не останусь», «было жутко», «глаза его были бешенными», «его всего передергивало»). Перечисленные обстоятельства, а также дефицит времени для принятия какого-либо решения (по свидетельству К., «не было времени подумать, все произошло так быстро»), **обусловили развитие выраженного эмоционального состояния в форме аффекта**. Об этом свидетельствует субъективно внезапный взрывной характер действий К. с нанесением глубокого (7,4 см) проникающего ранения потерпевшему (заключение СМЭ). В момент правонарушения у К. отмечалось аффективное изменение восприятия («в глазах было темно», «свет был слишком ярким», «звуки были как бы приглушенными», «было как-то нереально»), суженность сознания с последующим частичным запамятованием поступков («не помню, как била, сколько ударов было»). В дальнейшем у К. наблюдалось состояние растерянности. Свидетель Ф. сообщает: «Дочь была белая, как мел, такой я ее никогда не видела», «безвольно уронила нож». В последующем отмечалась аффективная дезорганизация поведения, сопровождавшаяся недостаточным осмыслением, а также частичным запамятованием происшедшего. Так, К. сообщает что, бежала куда-то «как на автомате», «кажется, сидела на бордюрчике», «не понимала, что творится вокруг», в дальнейшем с удивлением обнаружила, что сбила себе ноги «до мяса» (допрос обвиняемой), затрудняется объяснить, как добралась до подруги. Со слов свидетелей У. и П., они услышали звонок в дверь и увидели на пороге К., которая была «перевозбуждена, голос дрожал, говорила невнятно», «не переставая плакала», «ее всю трясло» (допросы свидетелей), в дальнейшем после приема успокоительных не могла уснуть, «было тревожно и страшно», слышала «писк в ушах». Об аффективном характере состояния К. свидетельствует и несоответствие совершенных агрессивных действий личностным установкам и особенностям испытуемой, для которой характерны просоциальная ориентация, стремление придерживаться социально одобряемых форм поведения, контролировать собственные поступки, отсутствие склонности к внешнеобвиняющим и агрессивным реакциям (ответы на вопросы №№…).

# **Список использованной литературы**

Авякян Г.Н., Анисимова А.В., Бадалян О.Л. и др. Тактика ведения и дополнительные возможности терапии больных эпилепсией. Пособие для врачей. — М., 2005.— 24 с.

Антонян Ю.М. Насилие. Человек. Общество. — М.: ГУ «ВНИИ МВД России», 2001. — 246 с.

Антропов Ю.Ф. // Журн. неврологии и психиатрии. — 1999. — № 3.— С. 12–15.

**Асатиани** **Н**.**М**. Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1979. — С. 378–390.

**Бадмаева В.Д.** Клиника и судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств у детей и подростков — жертв сексуального насилия: Автореф. дис…канд. мед. наук. — М., 2002.

**Балткайс** **Я**.**Я**., **Фатеев** **В**.**А**. Взаимодействие лекарственных веществ. — М.: Издательство???,1991. — 302 с.

**Барденштейн** **Л**.**М**. // Перспективы развития подростковой социальной и судебной психиатрии // Материалы науч.-практ. конф. (Хабаровск, 20 сент. 1995). — Москва-Хабаровск, 1995, ч.1, с.11–13.

**Башина** **В**.**М**. Ранняя детская шизофрения. — М.: Издательство?, 1989. — 256 с.

**Белоусов Ю.В., Скумин В.А.** Психотерапия в детской гастроэнтерологии. Учебное пособие. — М.: Издательство?, 1987. — 114 с.

**Булахова** **Л**.**А**. Ранняя диагностика психических заболеваний. — Киев: Издательство?, 1989. — С. 155–169.

**Бунеев А.Н.** Судебная психиатрия. — М.: Издательство?, 1950. — С. 311–348.

**Валентик Ю.В. и др. //** Вопросы психического здоровья детей и подростков.— 2001, № 1. — С. 143–148.

**Вандыш-Бубко** **В**.**В**. Сравнительная характеристика психопатоподобных состояний раннего резидуально-органического генеза, осложненных и неосложненных алкоголизмом, в подростковом возрасте: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. — М., 1979. — 21 с.

**Введенский И.Н.** // Тр. псих. кл. 1 МГУ, 1926, 2, 60–70.

**Введенский И.Н.** // Тр. псих. кл. 1 МГУ, 1928. 3. 88–98.

**Владимирова Т.В.** Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза): Автореф. канд. дис. — М., 1986. — 23 с.

**Воловик** **В**.**М**. // Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. — Л.: Издательство?, 1979. — С. 80–87.

**Волошин В.М. //** Вопросыпсихического здоровья детей и подростков. М., 2002, № 2, с. 32–36.

**Вострокнутов** **Н**.**В**. // Журн. социальн. и клин. психиатрии. — 1994., вып.2. — С. 57–61.

**Выготский** **Л**.**С**. Развитие психических функций. — М.: Издательство?, 1960. — Страницы?

**Выготский** **Л**.**С**. // Вопросы психологии. — 1972. — № 12. — С.114–123.

**Выготский** **Л**.**С**. Основы дефектологии // Собр. соч. — М.: Издательство?, 1983, Т. 5. — 369 с.

**Ганнушкин** **П**.**Б**. Избранные труды. — М.: Издательство?, 1964. — 292 с.

**Гарбузов В.И.** Нервные дети. — Л.: Издательство?, 1980. — 174 с.

**Гиндикин В.Я., Жданова Н.В**. Название статьи???// Материалы 1-го съезда невропатологов и психиатров Молдавии. — Кишинев, 1981, т. 2. — С. 51–52.

**Гиндикин В.Я.** Ранняя диагностика психических заболеваний. — Киев: Издательство???, 1989. — С. 65–77.

**Гиндикин В.Я.** Травы, нервы, возраст. — М.: Издательство?, 1996. — 287 с.; 2-е изд., перер. и доп. М.: Издательство?, 2002. — 225 с.

**Гиндикин** **В.Я.** Лексикон малой психиатрии. — М.: Издательство?, 1997. — 570 с

**Гиндикин В. //** Врач, 1997, с. 5–8.

**Гиндикин В.Я.** Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М.: Издательство?, 2000. — 256 с.

**Гурьева** **В**.**А**. Психопатии в подростковом и юношеском возрасте (клинико-катамнестическое исследование, судебно-психиатрический аспект): Автореф. дисс.... докт. мед. наук. — М., 1971. — 38 с.

**Гурьева** **В**.**А**. // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. — М., 1976. — С. 110–117.

**Гурьева** **В**.**А**., **Гиндикин** **В**.**Я.** Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Издательство?, 1980. — 272 с.

**Гурьева** **В**.**А**. // Диагностика и экспертиза при психических расстройствах у лиц допризывных и призывных возрастов. — МО СССР, 1986. — С.121–139.

**Гурьева** **В**.**А**. // Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. — М., 1987. — С.3–12.

**Гурьева В.А., Кулаков В.С., Бурелов Э.А. и др.** // Труды VП Всесозного съезда невропатологов и психиатров, т.Ш, М., 1981, с.318–320.

**Гурьева** **В**.**А**., **Макушкин** **Е**.**В**. // Агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами /диагностика, судебно-психиатрическая экспертиза, профилактика./ Пособие для врачей / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича /. — М., 1999. — С. 30–35.

**Гурьеа В.А., Морозова И.Г., Кузнецов И.В.** // Журн. невропатол. и психиат., 1989, в.8, с.100.

**Гурьева В.А., Морозова Н.Б.** Острые аффективные реакции у несовершеннолетних с психогенным развитием личности (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка). — Методические рекомендации. — М., 1990. –16с.

**Гурьева** **В**.**А**., **Морозова** **Н**.**Б**. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1988. — Вып.4.- С.78–82.

**Гурьева** **В**.**А**., **Семке** **В.Я**., **Гиндикин** **В**.**Я**. Психопатология подросткового возраста // Томск, 1994, 310 с.  
**Гурьева В.А.** // Проблемы современной подростковой психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2001, с.8–15.

**Гурьева В.А., Гиндикин В.Я.** Раннее распознавание шизофрении. М., 2002, 302 с.

**Гурьева В.А., Макушкин Е.В. //** Руководство по судебной психиатрии. Под ред. Дмитриевой Т.Б. и др. М., 2004, с.139–156.

**Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В.** Психология и психопатология аффективных расстройств. М., 2005, 276 с.

**Данилова Л.Ю.** // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2001, N 1, с.52–57.

**Демчева Н.К.** // Проблемы современной подростковой психиатрии. Под ред. Т.Б.Дмитриевой. М., 2001, с.33–35.

**Дозорцева Е.Г. //** Рос. психиатр. журнал.- 2000.- №2.- С.19–31.

**Дозорцева Е.Г. /** Мат-лы Всерос. совещания «Современные подходы к управлению качеством деятельности психиатрической и судебно-психиатрической служб страны». — СПб., 2006 (ISBN 5–86002–092–9).

**Дмитриев А.С.** // Руководство по судебной психиатрии. М.,2004, с. 102–107.

**Дмитриева Т.Б. //** Судебно-психиатрическая экспертиза (особенности экспертизы несовершеннолетних). М., 1980, с.69–76.

**Дмитриева** **Т.Б**. Психогенные депрессии в подростковом и юношеском возрасте (клиника, патогенез и лечение): — Автореф. дисс.... канд. мед. наук. — М., 1981. — 17 с.

**Дмитриева** **Т**.**Б**. // Перспективы развития подростковой социальной и судебной психиатрии. Материалы Рос. науч.-практ. конф. — Хабаровск, 1995, С.3–7.

**Дмитриева Т.Б.** Наркотическое и алкогольное опьянение: лечебно-диагностический и судебно-психиатрический аспекты. Пособие для врачей. М., 1998, 176 с.

**Дмитриева Т.Б.** Альянс права и милосердия. О проблеме защиты прав человека в психиатрии. М., 2001, 156 с.

**Дмитриева Т.Б. /** Мат-лы Всерос. совещания «Современные подходы к управлению качеством деятельности психиатрической и судебно-психиатрической служб страны». — Спб., 2006 (ISBN 5–86002–092–9).

**Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. //** Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессии у соматических больных. М.,1997, с.93–108.

**Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д.** Наркомании и токсикомании. М.,1990, 207 с.

**Егиян М.Г.** Токсикомания и эфедроновая наркомания у подростков с ранней резидуально-органической недостаточностью. Автореф. дис. Канд. мед. наук, М.,1989.

**Ерышев О.Ф., Аркадьев В.В.** // Осихиатрия и психофармакотерапия, 2004, N 4, c.147–148.

**Захаров А.И.** Неврозы у детей и подростков. Л., 1988, 242 с.

**Игонин А.Л., Клименко ТВ. //** Руководство по судебной психиатрии. Под ред. Т.Б.Дмитриевой и др. М.,2004, с.217–228.

**Иовчук** **Н**.**М**., **Козюля** **В**.**Г**., **Северный** **А А**. // Материалы IV советско-финляндского симпозиума по проблеме депрессий. М., 1983. — С.156–159.

**Иовчук** **Н**.**М**. // Совр. пробл. подростковой общей и судебной психиатрии. М., 1987. — С.80–88.

**Иовчук Н.М.**Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте. Автореф.докт.дис., М., 1089,47 с.

**Исаев** **Д**.**Н**. Психическое недоразвитие у детей. –Л., 1982.- 224 с.

**Исаченкова** **М П**. Синдром сверхценных образований в подростковом и юношеском возрасте (клинические и судебно-психиатрические аспекты): Автореф. дисс.... канд. мед. наук. — М., 1989. — 24 с.

**Карвасарский Б.Д.** Неврозы. Изд.2-е. М., 1990, 573 с.

**Каспер Э. //** Психиатрия и психофармакотерапия, 2005, n4, т.7, с.244 — 245.

**Кербиков** **О**.**В**. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971.- 312 с.

**Киренская А.В., Макушкин Е.В., Лаврова ТН., соавт. //**Агрессия и психические расстройства. Под ред. Т.Б. Дмитриевой и др.-М., 2006., -Т.2., с.43–80.

**Клименко Т.В.** Психопатоподобные состояния шизофренического и травматического происхождения. Автореф. канд. дис., М., 1985, 24 с.

Клиническая и судебная психиатрия подросткового возраста. Под ред. В.А.Гурьевой. М., 2001, 479 с.

Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Под ред. В.Н.Краснова и И.Я.Гуровича.- М., 1999– 224 с.

**Ковалев** **В В**. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — М.: Медицина, 1979. — 608 с.

**Ковалев В.В.** Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985, 286 с.

**Коган В.** // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. СПб, 199, с.461–464.

**Козловская Г.В., Кремнев Л.Ф. //** Психогигиена детей и подростков. М., 1085, с. 66–91.

**Коркина** **М**.**В**. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. — М., 1984. — 221 с.

**Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.** Нервная анорексия. М., 1986, 175 с.

**Короленко Ц.П**. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1991, № 1, с.8–15.

**Коченов М.М.** Теоретические основы судебно-психологической экспертизы. — Автореф. дис. …доктор. психолог. наук. — М., 1991.-45с.

**Коцюбинский А.П., Зайцев В.В.** // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2004, № 1, с. 7–9.

**Кошкина Е.А., Киржанова Е.Е.** // Психиатрия и психофармакотерапия, 2004, N 4, c.140–142.

**Кудрявцев И.А.** Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М., 1999. –497с.

**Кузенкова Н.Н.** // Психиатрия и психофармакотерапия, 2005. N 6, том 6, 338–340.

**Кузнецов** **О**.**Н**., **Лебедев** **В**.**И**. Психология и психопатология одиночсества. М., 1971, 335 с.

**Ларькина Е.Г. Нейрофизиологическое исследование задержанного психического развития у подростков**: Автореф. … дисс. канд. биол. наук. — М., 2005. — 24с.

**Лашкова А.В.** Синдром патологического фантазирования у подростков в судебно-психиатрической клинике: Автореф. … дисс. канд. мед. наук. — М., 2000. — 19с.

**Личко** **А**.**Е**., **Рубина** **Л.П**. // Эпидемиология нервных и психических заболеваний. — М., 1979. — С.165–167.

**Личко** **А**.**Е**. Подростковая психиатрия. (руководство для врачей). — Л, 1985. — 416 с.

**Личко А.Е., Битенский В.С.** Подростковая наркология. Л., 1991, 303 с.

**Макаров И.В.** // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 2005, N 4, с.4–5.

**Макушкин Е.В. //** Проблемы современной подростковой психиатрии. Под ред. Т.Б.Дмитриевой. М.,2001, с. 66–69.

**Макушкин Е.В.** Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое значение дизонтогенетических психических расстройств у подростков.- Автореф. дис. …доктор. мед. наук. — М., 2002.-52с.

**Макушкин Е.В. //** Рос. психиатр. журнал.- 2006.- №4.- С.1–4.

**Макушкин Е.В., Дозорцева Е.Г., Андреева Е.С., соавт. //**Агрессия и психические расстройства. Под ред. Т.Б. Дмитриевой и др.-М., 2006., -Т.2., с.5 -42.

**Мамцева** **В**.**Н**. Клиника, лечение и профилактика вялотекущей шизофрении: Дисс.... канд. мед. наук. — М., 1958.

МКБ-10 / ICD-10. Психические рапсстройства и расстройства поведения (F00 –F99)/ (Класс V МКБ-10, адаптированный дляиспользования в Российской Федерации). — М., 1998. –360 с.

**Метелица Ю.Л.** Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. — М., «Юридическая литература», 1990.- 204с.

**Морозов** **В**.**М**. // Вопросы социальной и клинической психиатрии. — М., 1969. — С.81–83

**Морозов П.В. //** Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 2005, N 4, 41–42.

**Морозова М.В.** Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза способности малолетних и несовершеннолетних давать показания (психологически аспект). — Автореф. дисс...канд. мед. наук. — М., 1995; 24с.

**Морозова** **Н**.**Б**. Острые аффективные реакции у несовершеннолетних с психогенным развитием личности (клинический и судебно-психиатрический аспекты). — Автореф. дисс.... канд. мед. наук. -М., 1986. -26 с.

**Морозова** **Н**.**Б**. Психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия (клиника, возрастные особенности, судебно-психиатрическое значение). — Автореф. дисс.... доктор. мед. наук. — М., 1999. -48 с.

**Наджаров** **Р**.**А**., **Штернберг** **Э**.**Я**., **Вроно** **М**.**Ш**. // Материалы 5-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1969. — Т.2. — С.321.

**Наталевич** **Э**.**С**., **Харитонова** **Н**.К. // Патологические формы девиантного поведения у детей и подростков. — М., 1986. — С.57–58.

Недобровольные медицинские меры, применяемые к осужденным наркологическим больным. Пособие для врачей / Авт. — сост. Макушкин Е.В., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Трифонов О.И. Под ред. Кононца А.С. — М: Медуправление ГУИН Минюста России, ГНЦССП Росздрава, М., 2004.- 60с.

**Озерецкий** **Н**.**И**. Психопатология детского возраста. — М., 1938.

**Оспанова** **Н**.**Н**. Общественно опасные действия в структуре дебюта и манифестации психических заболеваний в подростковом возрасте (клинический и судебно-психиатрический аспекты): Автореф. **д**исс.... канд. мед. наук. — М., 1992. — 21 с

**Павлов И.С., Медведева Л.А.** Мексидол в клинике пограничной психиатрии.М., 2005,20 с..

**Печерникова** **Т**.**П**., **Морозова** **Н**.**Б**., **Смирнова** **Т**.**А**., **Литвиненко** **И**.**В**. Психогенные состояния у несовершеннолетних потерпевших (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка). -Методические рекомендации.-М., 1993. -25с.

**Полывяная М.Ю.** Применение экспериментально-психологических методов для дифференциальной диагностики шизофрении и шизоидной психопатии. Аавтореф.канд.дис.,М.,1989,19 с.

**Попов Ю**.**В**..// Психиатрия и психофармакотерапия, 1999. N 2, с. 24–25.

**Посохова** **В**.**И**. Клинические формы психогенных депрессий в подростковом и юношеском возрасте и их судебно-психиатрическая оценка: // Дисс.... канд. мед. наук. — М., 1982. — 179 с.

**Райский** **В**.**А**. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. Изд.3, пер. и доп.-М., 1988– 254 с.

**Рогачева Т.А. //** Психиатрия и психофармакотерапия, 2005, N 6, том **7, с.341–342.**

Руководство по предупреждению насилия над детьми./Под ред. Н.К. Асановой. — М., 1997.- 512с.

**Сафуанов Ф.С.** Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. М.,1998, 191 с.

**Семке** **В.Я.** Истерические состояния. М., 1988, 223 с

**Сердюковская Г.Н.** // Психогигиена детей и подростков. М., 1985, с. 7–16.

**Скумин В.А.** Психотерапия детей и подростков. Метожические рекомендации. Харьков,1987, 52 с.**.**

**Снежневский** **А**.**В**. Клиническая психопатология. // Руководство по психиатрии в двух томах. Под ред А.В.Снежневского. Т.1. — М., 1983. — С.16–96.

**Сосюкало** **О**.**Д**. Аффективная патология у детей и проблема девиантного поведения // Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. — Ташкент, 1984. — С.187–189.

**Старшенбаум** **Г**.**В**. Психодинамическая психиатрия. Методическое пособие.. — М.,2000.- 93 с.

**Сухарева** **Г**.**Е**. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., т.2, 1959, 406 с.

**Сухарева** **Г**.**Е**. Лекции по психиатрии детского возраста (избранные главы). — М., 1974. — 320 с.

**Тальце** **М**.**Ф**. // Вопросы клиники, патофизиологии и иммунологии шизофрении. — М., 1965. — С.95–104.

**Ткаченко А.А., Догадина М.А. //**Рос. психиатр. журн. — 1998.-№5.-С. 57–62.

**Ткаченко А.А.** Судебная психиатрия. Консультирование адвокатов. Изд. 2-е, М., 2006. — 504с.

**Фелинская Н.И., Иммерман К.Л. //** Практ.суд. псих. экспертизы. 1961, 4. 3–10.

**Фелинская Н.И. //** Пробл. суд. психиатрии. М., 1961, 1Х. 100–120.

**Фелинская Н.И.** Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М., 1968, 292 с.

**Харитонова** **Н**.**К**., **Посохова** **В**.**И**. // Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия. — М., 1983. — С.71–73.

**Цивилько** **М**.**А**. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1967. N9. — С.1396–1403.

**Шостакович Б.В., Ушакова И.М., Потапов С.А**. Половые преступления против детей и подростков. — Ростов-на-Дону, 1994. –102с.

**Шток В.Н.** Фармакотерапия в неврологии..М.,1995.- 322 с.

**Шумаков В.М., Гиндикин В.Я., Ряшитова Р.К. и соавт.** // Судебно-психиатрическая экспертиза (Особенности экспертизы несовершеннолетних). М., 1980, в. 34, с. 39–45.

**Шюркуте А.А.** // Вопросы ранней диагностики и лечения нервных и психических заболеваний. Каунас, 1984. — С. 242–243.

**Шюркуте А.А**. // Журн. неврол. и психиатрии. 1999, №.1, — С. 26–29.

**Юсевич** **Л**.**С**. // Судебная психиатрия. — М., 1950. — С. 366–397.

**Яковлев В.А.** Мексидол в комплексной терапии алкогольной зависимости. Пособие для врачей психиатров-наркологов. М., 2004, 26 с.

**Alexander F. //** Internat. J. Psycho-Analisis, 1930, 11, 292.

**American Psychiatrie Association.** DSM-111–R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed., revised. Washington, DC: The Association, 1987. — 567 p.

**Bauer M., Freyberger H., Haselbeck H. (Бауер М., Фрайбергер Г., Газельбек Г. и др.)** Психиатрия, психосоматика, психотерапия; Перевод с нем.- М., 1999, 503 с.

**Benhamou** **H**.. // Дети и насилие. — Мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. (2–8 окт. 1994 г. Москва-Санкт-Петербург). -Екатеринбург, 1996, с. 74–78.

**Binder H. //** M.Reichardt. Allgemeine und specielle Psychiatrie/ Basel- N.Y., 1955, 255–312/

**Bleuler** **E**. Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl., Neubearb. V.M. Bleuler. — Berlin, Heidelberg, New York, 1983. — 719 S.

**Bleuler** **M**. Endocrinologische Psychiatrie. // Jn. «Psychiatrie der Gegenwart», 1/16. Berlin. — Gottingen, Heidelberg. — 1964. — 161–252.

**Bochnik** **H**.-**J**. u. a. // Fortschr. Neurol. Psychiatr., 1964, 8, S.400–424.

**Bois** **R**. // «Nervenarzt», -1982.53.-11.664.-669.

**Burgess** **A**.**W**., **Holmstrom** **L.L**. // Amer. J. Psychiatr.-131: 981–986, 1974.

**Butollo** **W**., **Höfling** **S**. Behandlung chronischer Ängste und Phobien. Stuttgart,1984,153 S.

**Христозов Х.Р., ред.** Детска психиатрия. II изд. София, 1983, 276 с.

**Conrad** **K**. Die beginnende Schizophrenie. 4.unverund.Aufl.-Stuttgart., 1979.-165 S.

**Cytrin** **L**., **McKnew** **D**.**H**. // Am.J.Psychiatry, 1972, 129, p.149–155.

**Depont F., Rambelomanana S., Le Puil S. Et al. //** Психиатрия и психофармакотерапия, 2005, N 4, т.7, с.245–250.

**Desunis G.** // Psychiatr. Neurol. med. Psycol.,1962, 11, p.398–402

**Dunkan** **J**.**W**., **Dunkan** **G**.**M**. // Am.J.Psychiatry, 1971, 11, 27, p.77–78.

**Dupré** **E**. Pathologie de l’imignation et de l’emotive. — Paris, 1925. — 501 p.

**Ernst** **K**.u.**C**. // Arch.f.Psychiat.u. clinical identification of child sexual abuse. // J. Child Abuse & Neglect. -1993. -17, pp.67–70.

**Finkelhor** **D**. // Am. J. Orthopsychiatr. -1995. -vol. 65, pp. 177–193.

**Flavigny** **Ch**.// Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. — 1981. — 29. 819. — 459–465.

**Goldstein** **M**.J., **Jones** **J**.E..// Borderline personality disorders. The concept, the syndrome, the patient./ Ed.P.Hartocollis. — Madison, Connecticut, 1986, p.213–229.

**Gorder** **B**.**E**., **Ball** **B**.**C**., **Haizlip** **T.M.**.et all. // Am.J.Psychiatry, 1976, 8. vol.133, p.957–961.

**Gross** **G**. // Schizophrenie und Zyklithymie. — Stuttgart, 1969, S.171–174.

**Herman** **J**.**L**., **Perry** **J C**., **van** **der** **Kolk** **B**.**A**. // Am.J.Psychiatry, 1989, vol.146, p.490–495.

**Hoff H.** Lehrbuch der Psychiatrie. Basel-Stuttgart, 1956; Zürich, 1957.

**Homburger F.** Die Neurosen des Kinderalters. Stuttgart, 1930.

**Horney K.** Neurotik personality of our time. N.Y., 1937.

**Horney K.** Our inner conflicts. N.Y., 1945.

**Horney K.** Neurosis and human growth. N.Y., 1950.

**Jeammet** **P**. // L’information psychiatrique. — 1984. — Vol.60., 8., — P.889–903.

**Kempe** **C**.**H**., **Silverman** **F.N.**, **Steele** **B**.**F**. et al. // J.Am.Med.Ass., 1962, vol.181, p.17–24.

**Kielholz P., Poldinger W., Adams C.** Masked Depression.1982, 106 p.

**Kretschmer** **E**. // Mnschr.Psychiat.Neurol., — 1953. — 125. -5/6. –S. 562–571.

**Kretschmer** **E**..// Z. ges. Neurol. Psychiat.,1919, 45, S.272–300..

**Kretschmer** **W**. Reifung als Grund von Krise und Psychose. — Stuttgart, 1972. — 143 S.

**Krevelen** **D**.**A**.,**van**. // Modern perspectives in adolescent psychiatry / Ed.J.G.Howells. — Edinburgh, 1971, p.381–403.

**Kochenhoff** **J**. // Nervenarzt. — 1985. — 56.- S.225–236.

**Lander** **J**., **Schulman** **R**. // Am.J.Orthopsychiatry, 1963, 33, p.928–930.

**Langen D., Jaeger A. //** Arch. Psychiat. Nervenkr., 1964, 205, 1, 1936.

**Лазар С.** Психодинамическая психотерапия. Пер. с англ. М., 1992.-158 с.

(**Leonhard** **K**.) Леонгард К. Акцентуированные личности. (пер.с нем.). Киев.1981.- 390 с.

**Lieberman J., Stroup T., McEvoy J. et al. //** Психиатрия и психофармакотерапия, 2005, N 6, том 7, с.349–**353.**

**Martin** **M**. // Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Bd.2. H.Remschmidt (Hrsg.). -Stuttgart, 1984, S.78–84.

**Masterson J.F. //** Borderline personality disorders. New York, 1977, p. 475–494

**Michaux L.** Les troubles du charactere. Paris, 1964, 231 p.

**Meyer** **J**.-**E**.n // Neurosen./Hrsg.v. H.Mester, R.Tolle. — Berlin, Heidelberg, New-York,1981. — S.78–90.

**Nissen G. //** Triangle. 1982, 21. 2/3, 77–83.

**Oudshoorn** **D**.**N**. (Оудсхоорн Д.Н.) Детская и подростковая психиатрия; Пер.с нидерланд.- М., 1993.-319 с.

Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена (**Ch. Gillberg och L. Hellgren**), Рус. изд. под общ. ред. П.И. Сидорова; Пер. со швед.-М., 2004.-544с.

Психопатология развития детского и подросткового возраста /Под ред. Ч. Венара и П. Кериг (**Ch. Wener, P. Kerig**), Рус. изд. под науч. ред. А. Алексеева; Пер. с англ.-Спб., 2004.-384с.

**Remschmidt H.** Kinder- und Jugendpsychiatrie /пер. c нем. Т.Н.Дмитриевой. –М., 2001.-624с.

**Spitz R.//** The Psychoanaletic Studi of the Child, 1945, 1.

**Strian** **F**. Angst. Grundlagen und Klinik.- Berlin u.s.w., 1983.-609 S.

**Stutte H. //** Клиническая психиатрия. Под ред. Г.Груле и др. Рус. изд., Перевод с нем.- М.. 1967, 678–779.

**Toolan** **J**.**M**. // Am.J.Orthopsychiartr., 1962, 32, P.404–415.

**Toolan** **J.M.** // Modern perspectives in adolescent psychiatry./ Ed.J.G.Howells. — Edinburgh, 1971, P.358–380.

**Tramer M.** Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 4.Aufl., 1964, 549 S.

(**Ursano** **R**.**J**., **Sonnenberg** **S M**., **Lazar** **S**.**G**.) Урсано Р., Зонненберг С.,

**WHO.** Drug dependence, its significance and characteristics. — Bulll. WHO, 1986, V.32, P.721–723.

# **Предметный указатель**

Автоматизмы эпилептические

Аддиктивное поведение

Азартные игры

Асексуальность

Акатизия

Акцентуапции личности

Алгоритм экспертных решений

Алкоголизм хронический

Анаклитическая депрессия

Аномалии развития

Антидепрессанты (особенности лечения)

Антидепрессанты (табл.)

Антисудорожные средства

Асексуализм

Асинхронии развития

Астенические (тормозимые) расстройства личности

Астенический вариант психоорганического синдрома

Астения витальная

Аура

Бред индуцированный

— отношения сензитивный

Вегетативная депрессия

Виктимность

— поведение

— патопсихологический комплекс

Витальная депрессия

Влечения импульсивные

— неодолимые

Вменяемость ограниченная (частичная)

Возбудимые (эпилептоидные) расстройства личности

Возраст уголовной ответственности

Возрастной фактор

Возрастные закономерности клиники

Воспитание неадекватное

Вуайеризм

Гебоидные состояния

–– критерии невменяемости

–– органические

Гебоидофрения

Геронтофилия

Гиперсексуальность

Гипосексуальность

Гомосексуализм транзиторный подростковый

Гомосексуальность

Госпитализм

Группы риска по шизофрении

Депрессии

Депривация

Депсихопатизация (по О.В. Кербикову)

Дефекты развития

Дефицитарные

–– вариант психоорганического синдрома

–– тип личностного развития

Диагноз функциональный (структурный)

Диагностика, общие принципы

–– стадии

Дизонтогенез

–– классификация

Дисморфомании

Дисморфофобии

–– критерии невменяемости

Диссимуляция

Дистимическая депрессия

Дистимические фазы, эпизоды

Дисфорические

–– депрессия

–– фазы, эпизоды

Дозы психотропных препаратов для подростков

Донжуанизм

Задержки развития

Запущенность

Зоофилия

Идеи иных родителей

Игромания

Ингалянты

Индекс Кветелета

Индивидуально-непереносимые ситуации

Индуцированные состояния, критерии невменяемости

Инициальный деликт Странского —

Интеллектуальные расстройства при олигофрении —

Инфантилизм

–– критерии невменяемости

–– фантастическая мания

Инцест

Ипохондрия

–– ограниченная Бонгеффера

–– ограниченная Шварца

Истерические

–– депрессия

–– расстройства личности

Клинические

–– критерии невменяемости

–– ограниченной вменяемости

–– наблюдения

Коморбидность при нарушениях психического развития

Комплексные экспертизы

КСППЭН

–– потерпевших и свидетелей

Конвенция о правах ребенка

Краевые психопатии

Кризы

–– патологический пубертатный

–– возрастные

Криминальная манифестация по Н.Н. Оспановой

Критерии невменяемости

–– при патологическом фантазировании

–– психопатиях (расстройствах личности)

–– расстройствах влечений

–– сверхценных образованиях

–– шизофрении

— эпилепсии

Личностные

–– деформация по асоциальному типу

–– расстройства

Мазохизм

Медикаментозное лечение поведенческих расстройств

Метафизическая интоксикация

МКБ-10

Мозаичные расстройства личности

Наркомании

Нарушения поведения

Невменяемость, критерии

Неврозы

–– «воскресного дня»

Невропатия

Невротическая депрессия

Нейролептики (табл.)

Нейролептическая терапия

Нервная анорексия

–– невменяемость

Несовершеннолетние потерпевшие

–– критерии невменяемости

Неустойчивые расстройства личности

Нимфомания

Ноотропы

Нормотимики

Ограниченная ответственность

Олигофрении

–– дифференциальная диагностика

–– классификация

–– клиническая динамика

–– легкая степень

–– невменяемость

–– эмоциональные расстройства

Омоложение преступности

ООД несовершеннолетних

Органические заболевания ЦНС

–– –– невменяемость

–– расстройства личности

Острая дистония

Панические атаки

Парасуициды

Парафилии

Патологические

–– почва

–– формирование личности

Педагогическая запущенность

«Пекинские правила»

Персональная депрессия

Поведение делинквентное

«Поведенческие нейролептики»

Поведенческие реакции

«Поврежденное развитие»

Пограничная умственная отсталость

«Подростковый комплекс»

Поздняя дискинезия

Препсихопатические состояния

Преступность несовершеннолетних

Припадки Клооса

Проба Ф.Ф. Детенгофа

Промискуитет

Профилактика психических расстройств

Процессуальные права

Псевдология

Психастенические расстройства личности

Психоактивные вещества

Психогенные

–– гиперкомпенсации

–– депрессия

–– имитация

–– индуцирование

–– фрустрация

–– острые аффективно-личностные реакции

–– реакции короткого замыкания

–– –– –– шоковые реакции

–– –– –– психозы с синдромом регресса психики

–– –– –– –– страха

–– поведенческие реакции

–– развития личности

–– –– биохимические исследования

–– –– возрастная специфика

–– –– формирование

–– реакции оппозиции или протеста

–– –– отказа

–– травмирующие факторы

–– –– –– систематика

Психические расстройства

–– –– в результате сексуального насилия

Психопатии (расстройства личности)

–– типология

«Психопатии сексуальные»

«Психопатический цикл» (по О.В. Кербикову)

Психопатоподобные состояния (изменения личности)

Психотерапия

–– выбор метода

–– специальная и частная

Психосоматическая заболеваемость

Психотравмирующие ситуации

Психотропные препараты, дозирование

Психофармакотерапия (особенности лечения детей и подростков)

Пубертатный криз

–– –– дисгармонический

–– –– критическое протекание

–– –– патологический

–– –– психологический

–– –– систематика девиантного протекания

Пубертатный период

Развития

–– дефицитарные

–– диссоциированное

–– задержанное

–– нормативное

–– патологические

–– патохарактерологические

–– постреактивные

Ранние церебральные резидуально-органические состояния

–– –– –– –– диагностика

–– –– –– –– инфантилизм

–– –– –– –– поздние травматиеские эндоформные психозы

–– –– –– –– психоорганический синдром

–– –– –– –– психопатоподобный синдром

–– –– –– –– СПЭН

–– –– –– –– энцефалопатический синдром

–– –– –– –– эпилептиформный синдром

–– –– –– –– ЭЭГ

Расстройства и изменения личности

Реактивные состояния

Реакции аффективно-личностные

–– короткого замыкания

–– острые аффективные

–– психогенные поведенческие

Родители невротиков

Родительская семья

Роль возрастного фактора

Садизм

Садомазохизм

Сатириазис

Сапфизм

Сексуальное насилие

Сексуальные расстройства при психопатиях и псевдопсихопатиях

Сензитивность

«Симбиотическое цепляние»

Симптомы

–– зеркала

–– Меесе

–– фотографии

Синдромы

–– Агасфера

–– альбатрос

–– апатико-абулический

–– дисморфофобии

–– дисфорический

–– Корхова

–– мориоподобный

–– нервной анорексии

–– патологического и непатологического фантазирования

–– паркинсоновский

–– пресуицидальный

–– психопатоподобный

–– психоорганический

–– психоэндокринный

–– пубертатной астении и юношеской астенической несостоятельности

–– расстройств влечений

–– сверхценных образований

–– синесто-ипохондрический

Сиротство социальное

Систематика основных уровней психических расстройств

Скорая помощь

Соматопаты

Соматотоники

Социализация личности

Соматическая (соматогенная) депрессия

Скрытая депрессия

СПЭН

–– гебоидный синдром

–– индуцированные бредовые расстройства

–– квалифицированность направления

–– нервная анорексия

–– образцы заключений

–– –– аффект

–– –– индуцированные бредовые расстройства

–– –– органические расстройства

–– –– расстройства личности (психопатии)

–– –– психогенные развития личности и острые аффективные реакции

–– –– патологический и дисгармонический пубертатный криз

–– –– потерпевшие и свидетели

–– –– умственная отсталость

–– –– шизофрения

–– –– эпилепсия

–– организация

–– патологический и дисгармонический пубертатный криз

–– показания для направления

–– порядок проведения

–– потерпевшие и свидетели

–– психогенные развития личности и острые аффективные реакции

–– психопатии

–– ранние органические поражения головного мозга

–– сверхценные образования

–– умственная отсталость

–– шизофрения

–– эпилепсия

Стигмы

Ст. УК РФ (1996)

Стресс

Структура правонарушений несовершеннолетних

Суицидальное поведение

Транквилизаторы

–– табл.

Типология психопатий (расстройств личности)

Триада

––Ганнушкина—Кербикова

–– Корхова

–– В.П. Протопопова

–– К. Ясперса

Триггеры дизонтогенетического процесса

Уголовно-процессуальная дееспособность

Уровни психических расстройств

Фазовые состояния

–– –– периодическая астения Р. Бенона

–– –– при психопатиях и психопатоподобных расстройствах

–– –– при циклотимии

Фантазирование истерическое

–– патологическое

Фитотерапия

Формирование психопатий (расстройств личности)

Фрустрация

Хорея истерическая

Хроническое психотравмирование

Шизоидные расстройства личности

Шизотипическая личность

Шизофрения

–– вялотекущая

–– гебоидофрения

–– дебют

–– диагноз

–– инициальный этап

–– кататоническая

–– латентный этап

–– неблагоприятная динамика

–– парагномен

–– параноидная

–– периодическая

–– предвестники

–– продромальный этап

–– простая

–– псевдопсихопатические расстройства

–– психопатоподобная

–– фебрильная

–– форпост-синдромы

–– циркулярная

–– эпизоды

–– юношеская

–– ядерная

Шизотипическая личность

Эпизоды при психопатиях (по П.Б.Ганнушкину)

Эпилепсия

–– бессудорожная

–– височная

–– диагностика

–– дифференциальный диагноз

–– злокачественное течение

–– лечение

–– личностные изменения

–– маскированная Фальре

–– пропульсивная Янца

–– скрытая

–– психозы

–– СПЭН

–– статус

–– –– купирование

–– сумеречные расстройства сознания

Эпилептиформные расстройства

Ювенилизм

Ядерные (конституциональные, истинные) психопатии

**Сведения об авторах**

**Гурьева Валерия Александровна —** доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, в 1981–2000 гг. — руководитель Отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, член Ученого совета Высшей школы психологии.

**Дмитриева Татьяна Борисовна —** академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист-эксперт психиатр Минздравсоцразвития России, главный внештатный судебно-психиатрический эксперт Росздравнадзора, директор ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава.

**Макушкин Евгений Вадимович —** доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист-эксперт психиатр Минздравсоцразвития России, руководитель Отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних, заместитель директора по научной работе ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава.

**Гиндикин Владимир Яковлевич —** доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, ведущий преподаватель Высшей школы психологии, Института психоанализа и Института практической психотерапии и психоанализа, член Ученого совета Высшей школы психологии.

**Бадмаева Валентина Дорджиевна —** кандидат медицинских наук, руководитель отделения судебно-психиатрической экспертизы детей и подростков ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава.

ANNOTATE

V.A. Gourieva, T.B. Dmitrieva, E.V. Makouschkin,

V.J. Gindikin, V.D. Badmaeva

CLINICAL AND FORENSIC ADOLESCENT PSYCHIATRY

Under editing by Professor Valeria A. Gourieva

Monograph is a result of perennial studies and is denoted to most actual problems of adolescent psychiatry. The book consists of two sections: clinical and forensic psychiatric. In the first or them reveal open modern beliefs about mechanisms of origin psychic frustration in adolescence, about pathogenesis role abnormal running adolescent crisis, age regularities of clinical registration or adolescents psychic pathology, their systematic. Big attention is spared to the early diagnostics, contents of notion functional diagnosis, use of International qualification of psychic diseases (disorders??) (ICD-10). In the book are presented generalized features main psychopathology syndromes primary for adolescents, clinic of initial stages of the main psychic diseases and frustration, as well as modern given about preventive maintenance and therapy. Second section is denoted the development forensic-psychiatric expert operation adolescents. In him are stated commented positions of last of Penal Code RF (acts with 1997), referring to adolescents; offered original interpretation of criminal-procession capacity of inculpated and victim children. Given preventive stating the question of medical pedagogical witnessed of children (before 14 years) offenders, opened methodology and organization forensic-psychiatric expert operation adolescents, problems complex expert operations.

Monograph is intended for child, adolescent, general psychiatrists and expert forensic psychiatrists, doctors of broad profile, paediatrists, medical psychologists, lawyers, social workers.

1. \* Формулировка части 3 ст. 20 УК РФ вызвала много дискуссий среди юристов, психологов и психиатров. Нечеткость формулы приводит к случаям ошибочного применения статьи на практике экспертными комиссиями и судами. Противоречивые толкования ч. 3 ст. 20 УК РФ в настоящее время свидетельствуют о необходимости выработки конвенциональных норм к правоприменению этой законодательной новеллы и даже о необходимости внесения коррекции в новый УК РФ.

   Комментарии к ст. 20 УК РФ и некоторым другим ключевым статьям нового УК смотрите в главе 2. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* Предложенный раздел публикуется с целью проведения теоретической и практической дискуссии. Тем не менее авторы полагают, что разрабатываемый ими методологический подход найдет свое отражение в моделируемых в России ювенальных судах. [↑](#footnote-ref-2)
3. \* По существу, здесь формулируется «вменяемость в настоящее время», что, безусловно, до сих пор остается спорным вопросом, т. к. формула вменяемости относится к моменту ООД. Психическое состояние в настоящее время должно оцениваться, как мы полагаем, с точки зрения «процессуальной дееспособности», основные положения которой разрабатывались как юристами, так и судебными психиатрами, но не нашли своего отражения в новом уголовно-процессуальном законодательстве. [↑](#footnote-ref-3)
4. \* Приведен вариант ограничений уголовно-процессуальной дееспособности несовершеннолетнего обвиняемого. [↑](#footnote-ref-4)