

В. И. Петров, Н. В. Пантелева, А. А. Кралько, Е. А. Кулешова

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРИМИНАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ

*Исправительное учреждение «Тюрьма № 4» УДИН МВД по Могилевской области,
УО «Могилевский государственный университет им. А. А. Кулешова»,
РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь*

Представлены сведения об особенностях протекания психических процессов у больных шизофренией, которые определяют возможность совершения ими противоправных действий. Отсутствие реального контакта с внешним миром, грубые нарушения психической деятельности в виде искажения восприятия, мышления, эмоций с дезорганизацией поведения при обострении шизофрении создают условия для возникновения криминальных событий применительно к правоохранительной практике. По данным судебно-психиатрической экспертизы возможность реализации социально-опасного поведения в виде общественно-опасных деяний связана с индивидуально-психологическими особенностями больных шизофренией, типом течения, социальной ситуацией их жизнедеятельности. В статье рассмотрены признаки шизофренического процесса, способствующие противоправному поведению. Обращено внимание на необходимость профилактики преступных действий со стороны больных шизофренией. Представленная статья имеет конкретное практическое значение.

Ключевые слова: шизофрения, право, экспертиза, общественно-опасное деяние.

V. I. Petrov, N. V. Panteleeva, A.A. Kralko, E.A. Kuleshova

THE FEATURES OF COURSE MENTAL PROCESSES AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS A FACTOR TO APPEARANCE OF CRIMINAL EVENTS

The data about the features of course mental processes at patients with schizophrenia, which will defining the possibility of committing by them against law actes are presented. Absence of real contact with the outward world, the coarse disorders mental activity in the vew of breaches perception, way of thinking, emotions with disorderes organization of behaviour in the time of turn for the worse schizophrenia creating the conditions for to appearance of criminal events using in law guard practice. On the data of justice-psychiatrical expertise the possibility of manifestation social-danger behaviour in the vew of social-danger actes connecting with individual-psychological peculiarity patients with schizophrenia, the type of course, the social situation their life. In the article have been examined the signs of schizophrenia process, which furthering against law behaviour. One must considering the needing of prophylaxis the criminal actions with the patients of schizophrenia. The present article has concrete practical meaning.

Key words: law, schizophrenia, expertise, social-danger action.

Вопросы демографической безопасности в Республике Беларусь требуют проведения эффективных мероприятий по защите населения от различных противоправных посягательств. Их совершают не только психически нормальные лица, но и больные, страдающие различными формами психических расстройств. Этико-правовые вопросы психиатрии в определенной мере регулируются новой редакцией Закона Республики Беларусь «О психиатрической помощи» от 07.01.2012, которые всегда требуют от государства решения дилеммы в отношении защищенности не только прав и интересов душевнобольного, но и социума, что не всякий раз сопровождается удовлетворением законных интересов обеих сторон [8]. В психиатрии всегда исторически была оправдана и существовала двуединая функция защиты интересов больного и общества. Противоречие следует из-за несовпадения личных и общественных интересов, что, тем не менее, вовсе не означает их полной противоположности.

Значительный удельный вес среди данной категории больных, совершивших общественно-опасные деяния (ООД), занимают пациенты с шизофренией – более 50,0% всех подэкспертных, попавших в поле зрения специалистов судебно-психиатрической экспертизы [7]. Особенности протекания психических процессов при шизофрении, в отдельных случаях, определяют их криминогенность и позволяют отнести данное психическое расстройство к возможным факторам риска совершения преступлений.

Не следует проводить прямую аналогию «психическое расстройство, в частности, шизофрения > общественно-опасное деяние (ООД)». Имеются данные литературы, которые указывают, что уровень ООД (в расчете на 10 000 человек) среди психически больных, признанных невменяемыми, в целом на порядок ниже, чем уровень преступлений, совершенных лицами, признанными судебными психиатрами-экспертами вменяемыми [5]. В конце 90-х годов XX столетия, начале XXI века психически больные чаще совершали преступления против личности (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений), позже обозначилась тенденция к увеличению с их стороны имущественных преступлений, в то же время возросло число агрессивных, жестоких преступлений, совершаемых психически здоровыми лицами. Динамика противоправной активности двух вышеуказанных групп лиц указывала на сближение характера противоправной активности (что наглядно отражала диаграмма) на временном отрезке 1975–2003 гг. [5].

Тем не менее, возможность совершения ООД больными шизофренией очевидна. Особенно это касается наличия устрашающих и императивных галлюцинаций, бредовых идей, затрагивающих отношения больного и его социального окружения, депрессивного фона настроения и выраженных психопатоподобных элементов поведения. У больных с шизофренией имеются характерные нарушения структуры психических процессов, которые приводят к закономерному распаду нормального функционирования их психики вплоть до развития тяжелого шизофренического слабоумия с резким снижением качества жизни.

Функционирование психики человека определяется наличием и взаимодействием ряда психических процессов: ощущений и восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоций и двигательной-волевой сферы, сознания. Ее нормальная деятельность позволяет нам правильно оценивать себя, свои внутренние ощущения, окружающий мир, планировать и реализовывать свои намерения, определять и реализовывать элементы деятельности, т. е. вести себя разумно и законопослушно [6]. Возникающая при шизофрении дезорганизация психических процессов приводит к неправильной оценке больным себя, реального мира и своего места в нем, в ряде случаев – к действиям антисоциальной направленности. Формируются изменения личности по шизофреническому типу и различными по степени выраженности другими психическими расстройствами, часто приводящими к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. При этом личная, профессиональная и социальная деятельность страдают в результате появления странных ощущений, нарушений мышления и двигательных дисфункций. Больные теряют контакт с реальностью по ключевым каналам получения и переработки информации [4].

В противоречие с существующими нормами уголовного законодательства вступают 18,0% от всех учетных больных шизофренией, причем среди них преобладают мужчины, соотношение которых с женщинами, состоящими на учете с тем же расстройством, составляет 2:1 [2].

Проявления шизофрении разнообразны и определяются нарушением нормального протекания психических процессов, их дисгармонией – расщеплением, характерными изменениями структуры психологических функций, определяющих утрату продуктивного контакта с окружающим миром (прежде всего, в виде расстройств восприятия, эмоций, мышления и поведения). В итоге эти изменения психики, когда нарушается нормальное протекание

отдельных психических процессов, могут стать предрасположенностью для совершения ООД.

Криминогенность шизофрении или возможность больных стать жертвой преступления определяется индивидуально-психологическими особенностями больных шизофренией, характером протекания их психических процессов, типом течения этого расстройства, социальной ситуацией их жизнедеятельности, которые могут создавать предпосылки для совершения ими противоправных действий или снижать способность больных к самозащите и рациональному поведению. В этих случаях они могут стать жертвой преступления или совершать аутоагрессивные действия.

При патопсихологическом исследовании больных с шизофренией (шизофреническим синдромом), прежде всего, обнаруживаются изменения в следующих сферах, значимых в диагностическом плане [1]:

- восприятию (перцептивной деятельности) – своеобразное восприятие слов (с множественным значением), преобладание случайных ассоциаций, актуализация «слабых» признаков предметов, особенности опознавания зрительных образов в условиях неполной информации (совершается с резонерскими рассуждениями), нарушения анализа информативности зрительных стимулов, селективности воспринятой информации. Усиливается яркость и насыщенность зрительных и слуховых ощущений, обостряется восприятие, возникают галлюцинаторные образы самого различного плана, в том числе, требующие активных действий со стороны больного. Нарушается «фильтрация» получаемых сигналов, количество их увеличивается, что приводит к неспособности их сортировать и правильно интерпретировать, а соответственно – адекватно, рационально на них реагировать. Особенности восприятия не позволяют правильно дифференцировать воспринимаемые органами чувств внешние объекты. Они могут приобретать значения, не соответствующие реальному положению дел. Случайные ассоциации и непонимание «главных» признаков объекта созерцания могут придавать поведению импульсивность, полученной информации несвойственный ее смысл, а нарушение целенаправленного отбора внешних стимулов создает условия для непредсказуемости поведения, когда невозможно определить главные приоритеты, в том числе, в плане соответствия поведенческих актов установленным правовым нормам поведения;

- вниманию – возможно снижение активного внимания, таких признаков как устойчивость, переключаемость ввиду низкой мотивации поведения, когда трудно выбрать поведенческие приоритеты и сконцентрироваться на них в связи со снижением личностной значимости воспринимаемой через рецепторы информации. Это может придавать поведению импульсивность, непредсказуемость, нелогичность;

- мышлению – чрезмерное или неадекватное обобщение (искажение или нарушение уровня обобщения), нецеленаправленность, разноплановость, соскальзывание, стереотипичная установка при описании объектов без выделения эмоционального подтекста, невозможность понять основной смысл понятий, требующих отвлечения и трактовки переносного смысла предложенного материала (формальная и своеобразная трактовка пословиц, метафор), возможно отрицание наличия болезни;

Болезнь приводит к распаду мышления в виде нарушения целенаправленности и смыслообразования при сохранности его операционной стороны. Типичны схематизм, символика, актуализация латентных признаков предметов и явлений, разорванность мышления, ментизм, шперрунг. Больные объединяют понятия на основе несущественных признаков, характерно «амотивационное мышление», которое не преследует в поведении достижения каких-либо полезных целей. У них в деятельности теряется личностный смысл предметов и явлений.

Особенности мышления больных шизофренией не отвечают признакам его нормального функционирования: стройности, целенаправленности, продуктивности, темпу [4]. Искажение уровня обобщения не позволяет учитывать реальную картину происходящих событий, мышление происходит хаотично, без какой-либо полезной конечной цели, что затрудняет построение адекватного поведения с учетом конкретной обстановки. В голове больного «политематический хаос», в котором трудно различить «что такое хорошо, и что такое плохо...». Происходящее вокруг не вызывает адекватных эмоций, которыми обычно сопровождаются те или иные события или отношения. Отсутствие духовной близости с родными на фоне непонимания своего социального предназначения чревато совершением гетероагрессивных действий в отношении членов семьи. Невозможность правильного абстрагирования создает условия для формального поведения, возникновения иррациональных установок, которые могут носить противоправный характер. Отрицание наличия болезни приводит к отсутствию в поведении ограничений, связанных с болезненным состоянием. Более того, завышенная самооценка может приводить к агрессивным действиям, якобы подтверждающим наличие «сверхчеловеческих» возможностей.

- аффективно-личностных свойствах – безразличие к окружающим и лечебно-диагностическим мероприятиям, эмоциональное снижение и эмоциональная тупость, личностная дисгармония с нелогичностью самооценки, нарушение чувства юмора, неадекватность уровня притязаний.

У больных шизофренией в эмоциональной сфере происходит упрощение и диссоциация эмоциональных проявлений, появляются знаковая парадоксальность и негативные симптомы, ангедония, неспособность переживать яркие эмоции, апатия, паратимии (неадекватные аффекты).

Безразличие к окружающим в сочетании с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой устрашающего и императивного плана могут приводить к действиям агрессивного плана, когда в поведении реализуется содержание (вернее «защитные мероприятия») острых психотических расстройств. Нелогичность самооценки, непонимание анекдотов, шуток могут существенно ухудшить коммуникацию с окружающими, спровоцировать конфликтные ситуации с непредсказуемым исходом. Эмоциональное снижение у больных шизофренией обнаруживается при предъявлении им юмористических рисунков. Чувство юмора является одной из наиболее сложных, обобщенных форм эмоциональных проявлений, выявляющих личностные свойства человека, его отношение к ситуации. Нарушения чувства юмора у больных шизофренией связываются со своеобразным расщеплением интеллекта и эмоций. Характерно, что у больных длительное время более сохран-

ным оказывается восприятие явно юмористической продукции, например карикатур. Депрессивный фон настроения и непонимание реального положения вещей могут стать причиной формирования суицидального поведения.

Дисгармония в выполнении каких-либо действий с реальными возможностями больного шизофренией отражает его уровень притязаний, который исключает правильное планирование, затрудняет выполнение каких-либо действий, их адекватный последующий выбор и проведение собственной реальной оценки.

Нарушения памяти для больных шизофренией, как правило, не характерны. Они остаются как бы «за занавесом» от глаз наблюдателя. Эмоциональное же восприятие больным окружающего и своих переживаний все время находится на авансцене. Удовлетворенность или неудовлетворенность, интерес или равнодушие, беспокойство, подавленность, опасение, страх, предвкушение приятного, воодушевление, радость – любое из этих состояний накладывает своеобразный отпечаток на весь облик больного человека. Эмоции как бы «окрашивают» в те или иные тона его интеллект, интересы. Для шизофренического процесса характерно эмоционально-волевое оскудение личности, что делает поведение больного опасным в плане суицида, теряется его целесообразность, создаются предпосылки для реализации содержания галлюцинаторно-бредовых переживаний, особенно императивного характера.

- двигательно-волевой сфере – у больных шизофренией воля перестает быть регулятором произвольного поведения. Изменяется структура и иерархия мотивов, нарушаются побуждения и мотивация, проявляется негативная симптоматика двигательно-волевой сферы (абулия, снижения контроля двигательных актов, аутизация, амбивалентность, кататонический синдром, стереотипии, импульсивные действия);

Считается, что наиболее стабильным элементом в информационном поле мозга является самосознание. По отношению к нему ранжируются все остальные виды информации. Самосознание определяет самооценку больного шизофренией, его «Я»-концепцию. Для ее характерны отчужденность, повышенная рефлексия, сенситивность, аутизм. Самосознание у больных шизофренией, как правило, не нарушено. Лишь при некоторых формах этой болезни оно может нарушаться. Считается, что в начале развития шизофрении интеллект больного сохранен, его нарушения не типичны. Но вследствие нарушения процесса селективности получаемой информации больной шизофренией не может продуктивно использовать свой прежний опыт и знания, творчески правильно организовывать свою деятельность. По мере прогрессирования болезни, особенно ее злокачественного течения, интеллектуальное снижение уже более заметно.

Проявления шизофрении разноплановы (носят «суммарный» характер), касаются разных сфер психической деятельности. Нарушения восприятия проявляются в своеобразных особенностях опознания зрительных образов в условиях неполной информации. У больных шизофренией нарушен логический ход анализа и оценки информативности стимулов при опознавании зрительных образов. Рассуждения больных при этом носят характер резонерских, отличаются многословием, отсутствием содержания, отрывом от реальной ситуации.

Утрата контакта с реальностью в связи с амотивационным мышлением (мыслительная задача создания моти-

вов для деятельности отсутствует) у больных шизофренией дополняется нарушением селективности (выбора значимых для человека признаков) воспринимаемой информации. Эти два процесса тесно взаимосвязаны, но снижение уровня мотивации первично, а нарушение избирательности выбора является его производным. Причинами нарушения селективности восприятия являются во-первых – измененная актуализация прошлого опыта (не могут опираться на факты, находящиеся в памяти), во-вторых – расширение круга признаков предметов и явлений, привлекаемых для решения мыслительных задач (чрезмерная «смысловая свобода»). Таким образом, больному шизофренией трудно вести себя правильно ввиду того, что личная значимость окружающих объектов для него «размыта», нечеткая, не является стимулом к какой-либо деятельности. Его мышление отличает такое понятие, как «overinclusion» (сверхобобщение, сверхвключение), которое характеризуется как невозможность для больного удержаться в определенных заданных смысловых границах, как результат расширения условий мыслительной задачи. Это исключает возможность рационального поведения с учетом определяющих факторов, а не второстепенных, ничего не значащих для него, моментов жизнедеятельности.

Резюмируя вышесказанное в отношении больных шизофренией, можно сделать следующие выводы:

- расстройства восприятия, прежде всего в виде галлюцинаций, нарушают правильное отношение больных к внешнему миру и могут вести к действиям, представляющим социальную опасность. Судебно-психиатрическое значение расстройств восприятия как раз в том и состоит, что наступает дереализация, которая чревата совершением антисоциальных действий, например, при устрашающих зрительных галлюцинациях возможны попытки гетероагрессии, слуховые галлюцинации могут выражаться приказами типа – «Иди и ударь...», «Возьми нож и защищайся...» и др.;

- расстройства мышления в виде различных бредовых идей императивного плана также могут вызвать ответные агрессивные действия в отношении кого-либо (действующего лица бредовых переживаний больного) – например, для бреда отравления типичны высказывания – «Сосед пытается меня отравить...» и др.). Эти же нарушения мышления не дают больному возможности полезно использовать прошлый личный опыт. У больных шизофренией нарушена антиципационная способность – возможность предвидеть результат своих действий и ход дальнейших событий, чтобы в соответствии с этим выстраивать «линию» своего поведения не в ущерб собственным интересам в будущем [3];

- постепенное снижение интеллекта делает больного более внушаемым для других лиц и в силу этого склонным к алкоголизации, совершению асоциальных поступков. Судебно-психиатрическое значение нарушений интеллекта при этом расстройстве состоит в том, что слабоумные подвержены чужому влиянию и, попадая в силу этого под их воздействие, могут совершать различные преступления. Под влиянием алкоголя у таких лиц растормаживаются инстинкты, что тоже может явиться причиной различных преступлений, в том числе, половых.

- расстройства сознания по глубине характеризуется разной степенью отрешенности от внешнего мира, прекращением деятельности и потерей контактов, что может

быть причиной беспомощности человека, а он сам становится при определенных обстоятельствах потенциальной жертвой преступления. Расстройства сознания по содержанию в виде галлюцинаторных переживаний часто бывают причиной ООД в связи с якобы имеющейся, а на самом деле мнимой, необходимостью «защитаться», «нападать», «разрушать» и даже «убивать»...

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

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

Подтвердим вышесказанное характерным примером из судебно-психиатрической практики:

Обследуемая Н., 20 лет, обвиняется в убийстве отца. Мать обследуемой неоднократно госпитализировалась в психиатрическую больницу по поводу шизофрении. Н. росла и развивалась правильно, с 7 лет пошла в школу. С 1 по 3 класс училась хорошо, была подвижной, живой, энергичной. В 4 классе успеваемость значительно снизилась, все стало неинтересным и противным, перестала учиться. Начала конфликтовать, драться со своими одноклассниками. Могла неожиданно схватить камень и бросить в ученицу, не обнаруживая затем сожаления. За недисциплинированность была исключена из школы. Поступила в швейное ателье, где 2 месяца была ученицей. Постоянно нарушала дисциплину, однажды бросила горячий утюг на пол – «хотела посмотреть, будет ли гореть пол...». Дразнила работниц ателье, не реагировала на их замечания. Окружающие считали Н. «чудачкой» и «хулиганкой».

Когда Н. было 17 лет, умерла ее мать. К этому событию оставалась равнодушной, во время похорон внезапно рассмеялась, хотя сама не могла понять что-же было смешного. После смерти матери проживала с отцом. Часто ссорилась с ним, не следила за порядком в доме, отказывалась выполнять домашние поручения отца. Ссоры с отцом быстро забывала, оставалась безучастной ко всему. Большую часть времени валялась в постели, никого не хотела видеть, с кем-то общаться.

12.03.2002 в день совершения Н. правонарушения отец поздно возвратился домой и лег спать. У Н. внезапно появилось желание убить отца. Она схватила топор, вошла в его комнату и ударила отца топором по голове: «жалости не было, как будто так и надо...». Н. внезапно показалось, что на лице отца появилась улыбка. Решила, что «голова что-то думает» и смеется над ней. Она схватила кухонный нож и отрезала голову: «хотела, чтобы

голова ни о чем не думала». Голову завернула в платок и начала ходить с ней по комнате, затем устала, села в кресло и уснула. Проснувшись утром, увидела у себя на коленях голову отца, подошла к постели, на которой вечером спал отец, «приложила голову к туловищу» и пошла в отделение милиции, где рассказала о случившемся.

При СПЭ болезней внутренних органов и нервной системы не выявлено. Н. не обнаруживала интереса к обследованию, при беседе с врачом оставалась безучастной. О совершении убийства рассказывала без всякого волнения и беспокойства. Считала себя здоровой, жалоб не высказывала, но иногда, при настоячивых расспросах, неохотно говорила, что слышит «как в мозгах проскакивают какие-то слова, может быть, это какие-то духи». Говоря об этом, улыбалась. В отделении была вялая, бездеятельная, отказывалась от работы, не следила за своей внешностью, много времени проводила в постели. Раскаяния по поводу совершенного деяния не обнаруживала, толкового объяснения своему поступку дать не могла. Специалистами СПЭ выставлен диагноз шизофрении (страдает хроническим психическим расстройством), при совершении ООД имеются признаки невменяемости, нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Криминогенность этой категории больных часто связана с несвоевременной диагностикой психического расстройства, отсутствием четких признаков болезни на начальных этапах ее развития, нежеланием родственников «афишировать» наличие нарушений психики у своих близких, присутствием негативной этико-социальной нагрузки при постановке диагноза «шизофрения», отсутствием адекватного превентивного лечения шизофрении при несвоевременной диагностике. Скорейшее выявление больных шизофренией, постановка их на активный учет в психоневрологических диспансерах с последующей лечебной коррекцией болезненного состояния являются эффективной мерой безопасности от противоправных посягательств как в отношении самого больного, так и окружающего его населения. Крайне важным представляется также эффективное взаимодействие между органами внутренних дел и учреждениями здравоохранения, прежде всего работниками психиатрической и наркологической служб, по контролю за лицами, страдающими шизофренией, ранее уже совершившими ООД.

Литература

1. Блейхер, В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая психология: Руководство для врачей и медицинских психологов. 239 с.
2. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: учебник / Н. М. Жариков, В. П. Котов, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин, – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. – 624 с.
3. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медпресс, 1999. – 592 с.
4. Петров, В. И. Медицинская психология. Курс лекций: учебное пособие / В. И. Петров. – Могилев, УО «Могилевский государственный университет им. А. А. Кулешова», 2012. – 367 с.
5. Савченко, В. И., Савченков В. Н., Балашов А. Д. Криминогенность невменяемых больных шизофренией. Российский психиатрический журнал, № 5, 2004, С. 20–23.
6. Судебная психиатрия: курс лекций / сост. В. И. Петров. – Могилев: МГУ имени А. А. Кулешова. 2014. – 212 с.
7. Руководство по судебной психиатрии / Под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.
8. Тришин, А. С. Судебная психиатрия: учеб. Пособие / Л. С. Тришин. – Минск: Изд-во Гревцова, 2014. – 312 с.

Поступила 17.10.2014 г.