

В. И. Петров, Н. В. Пантелеева, А. А. Кралько

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПСИИ КАК СВИДЕТЕЛЬСТВО ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

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

Представлены сведения о структуре нарушений психических процессов у больных эпилепсией, которые могут определять возможность совершения ими противоправных действий. Нарушения психической деятельности в виде специфических изменений памяти, мышления, эмоций, двигательной-волевой сферы и сознания создают условия для противоправного поведения. Различные психодиагностические методики позволяют выявить особенности функционирования психики больных эпилепсией, наглядно увидеть нарушения, способствующие совершению преступлений. По данным судебно-психиатрической экспертизы возможность реализации криминального поведения у больных эпилепсией связана с особенностями нарушения их психических функций. В статье рассмотрены признаки эпилептического процесса применительно к диагностическим возможностям наиболее распространённых методик патопсихологического исследования. Обращено внимание на необходимость профилактики преступных действий со стороны больных эпилепсией. Представленная статья является актуальной и имеет несомненную научную ценность.

Ключевые слова: право, эпилепсия, психология, тест, общественно-опасное деяние.

PSYCHOLOGY CHARACTERISTIC OF EPILEPSIA AS AN EVIDENCE OF POSSIBILITY FORMING THE OF SOCIAL-DANGEROUS BEHAVIOUR

The data about the structure of the breaches the mental processes at patients with epilepsy, which will defining the possibility of committing by them against law actes are presented. The breaches of mental activity in the view special changes memory, mentality, emotions, move-will sphere and consciousness creating the condition for the social-danger behaviour. The different psychology-diagnostic methods allowing to learn the peculiarities of the mental processes at patients with epilepsy, clearly to see the disorders furthering to do of crimes. On the data of justice-psychiatric expertise the possibility of manifestation social-danger behaviour in the view of social-danger actes the patients with epilepsy connecting with the features of breaking their mental functions. In the article have been examined the signs of epilepsy process applying to the diagnosis possibility the most spreading the patho-psychology methodes of investigations. One must considering the attention of prophylaxis the criminal actions with the patients of epilepsy, The present article appears of present interest and has undoubted scientific interest.

Key words: law, epilepsy, psychology, test, social-danger action.

Известный немецкий психолог Герман Эббингауз (1850–1909) говорил, что психология имеет длинное прошлое и короткую историю. Действительно, зародившись давно в недрах философии, истории и медицины, она как экспериментальная наука начинается с 1879 года, когда немецкий философ и психолог Вильгельм Вундт (1832–1920) основал в Лейпциге первую в мире экспериментально-психологическую лабораторию [5]. С тех пор эта наука прошла славный путь и сегодня помогает психиатрам-экспертам уточнить структуру патопсихологического синдрома у больных с различными психическими расстройствами, что помогает в постановке правильного диагноза и определении меры ответственности применительно к криминальным событиям.

Степень наказания за совершенные преступления определяется многими факторами. Немаловажное значение в правоохранительной практике имеет оценка состояния психики человека в момент совершения общественно-опасного деяния. В этом плане эпилепсия является тем психическим расстройством, которое обладает выраженной криминогенностью благодаря особенностям протекания психических процессов у больных и личностным изменениям, имеющим место при прогрессировании эпилептического процесса [2]:

Однажды возникнув, эпилепсия по мере своего развития наносит существенный ущерб памяти, мышлению, эмоциям, двигательной-волевой сфере, интеллекту и сознанию в момент острых психотических нарушений. Хронические изменения, развивающиеся при эпилепсии постепенно, варьируют от незначительных изменений характера до появления выраженного эпилептического слабоумия. Возникают особенности характера, которые делают больных эгоцентричными, властолюбивыми и мстительными. В их поведении появляется агрессивность, жестокость, упрямство. Внешне они учтивы и слащавы, но эти элементы их поведения кажущиеся: как только вопрос касается чего-то личного, больные впадают в ярость и гнев. Для эпилепсии, равно как и для других органических поражений головного мозга (после ЧМТ, инфекций, интоксикаций, сосудистых, опухолевых и атрофических процессов), характерны следующие изменения психической деятельности: повышенная психическая и физическая истощаемость, снижение памяти, инертность мышления и снижение уровня интеллектуальных процессов, пассивность в деятельности и сужение круга интересов [4].

Особенности психических процессов у больных эпилепсией выявляются психиатрами-экспертами в ходе осмотра, клинического интервью, применения различных патопсихологических диагностических методов. Сфера общего интереса психиатрии и медицинской психологии применительно к психическим расстройствам – это диагностический процесс. Диагноз психиатра-эксперта должен быть подкреплён «патопсихологической верификацией». С практической целью применяются как малоформализованные методы диагностики (наблюдение, клиническое интервью, анализ продуктивности деятельности), так и высокого уровня формализации (методики типа функциональных проб, опросники, тесты, проективная техника, психофизиологические методики). Эти методы позволяют изучать как отдельные психические процессы, например, память (методика «Память на числа», так и несколько сразу познавательных свойств сразу, например, внимание, мышление, эмоции (таблица Шульте). Принципы подбора экспериментально-психологических методик следующие [1]:

1. Сочетание методик позволяет более полно и всесторонне исследовать какие-либо проявления психической деятельности (например, при исследовании памяти употребляются пробы на заучивание искусственных звуко-сочетаний, слов и ассоциативных пар слов, применяются методики, позволяющие судить о кратковременной и долговременной памяти, о непосредственном и опосредованном запоминании и т. д.).

2. Сочетание близких по направленности методик поможет судить о достоверности, надежности полученных результатов. Данные, получаемые в клинко-психологическом эксперименте с помощью одной методики, всегда желательно подтвердить результатами, полученными с помощью других методик.

3. Количество экспериментальных методик в каждом случае должно включать не более восьми-деяти в соответствии с задачами исследования.

4. В выборе методик психологического исследования могут играть существенную роль следующие обстоятельства: цель исследования; образование больного и его жизненный опыт (например, недостаточно грамотному испытуемому не следует давать задания по методике образования сложных аналогий); особенности контакта с больным (например, при обследовании больного с нарушением слуха максимально используются задания, рас-

считанные на зрительное восприятие, зрения – на слуховое восприятие).

5. В процессе исследования методики обычно меняют по возрастающей сложности – от более простых к сложным. Исключение составляет обследование испытуемых, от которых ожидают аггравации или симуляции. В этих случаях иногда более трудные задания выполняют нарочито неверно.

6. Медицинский психолог должен располагать известным «ассортиментом» методик, подбор которых должен быть продуманным. Например, нельзя ограничиться таблицами лишь для словесного или только предметного варианта методики исключения, каждый из этих вариантов имеет свои преимущества при определенной постановке опыта, а иногда желательное использование обоих.

При проведении экспериментально-психологического исследования необходимо всегда помнить, что границы нормы и патологии в психиатрии всегда относительны. Недаром известный русский психиатр П. В. Ганнушкин подчеркивал: *«В таком, с одной стороны, хрупком и тонком, а с другой – в таком сложном аппарате, которым является человеческая психика, можно у каждого найти те или иные, подчас довольно диффузные, конституционально-психопатические черты, гармоничные натуры, по большей части, есть плод воображения».*

При патопсихологическом исследовании больных эпилепсией выявляются особенности, которые отличают этих больных от больных с другими психическими расстройствами.

Так, происходит неуклонное ослабление памяти, возникают затруднения произвольного запоминания, удержания в памяти увиденного и услышанного материала. Эти нарушения можно выявить обратившись к прошлому жизненному опыту больного. Он с трудом вспоминает отдельные события своей жизни, может использовать парамнезии (конфабуляции – «обманы памяти» и псевдореминисценции, когда нарушается хронология запечатленных событий) для заполнения временных отрезков жизни, которые не сохранились в его памяти. Методика исследования памяти «10 слов», когда после однократного предъявления необходимо заполнить максимальное число слов, выявляет несостоятельность памяти. При норме запоминания 5–7 слов, больные с эпилепсией в среднем воспроизводят 2–4 слова. Больному однократно предъявляются на слух десять логически не связанных слов, он должен их воспроизвести, не обязательно в той же последовательности. Вначале обнаруживается нарушение произвольного воспроизведения из памяти какого-либо слова. На последующих этапах обнаруживаются расстройства удержания и запоминания. Аналогичный результат может быть получен при использовании методик «Память на числа» и «Память на предметы». Чем меньше выражены у больных эпилепсией расстройства памяти, тем менее выражена и олигофазия и наоборот. По качеству памяти у больного эпилепсией можно судить о глубине психического дефекта.

Для больных эпилепсией характерно наличие инертности психических процессов. Исследования с применением таблиц Шульце (когда требуется на время найти цифры от 1 до 25, представленные на таблице вразброс,

в прямом или обратном порядке, или чёрные от 1 до 25, а красные – от 25 до 1, чередуя ответы) показали замедление темпов психических процессов у данной категории больных. Тогда как здоровые люди затрачивают в среднем на поиск чисел в одной таблице 40–50 секунд, у больных эпилепсией поиск чисел в таблице длится 0,5–2,5 минуты и более.

Инертность психической деятельности больных эпилепсией проявляется при предъявлении задания назвать одушевленные и неодушевленные предметы. У больных эпилепсией обнаруживаются ограничение называемых предметов рамками одного понятия (называются одни лишь домашние животные в качестве одушевленных либо мебель из окружающей обстановки в качестве неодушевленных предметов), часто повторяются одни и те же слова.

Явления инертности отмечаются и при произвольном назывании 60 слов. Больными превышает время исполнения задания. Многократно повторяются одни и те же слова. Психически здоровые лица обычно называют слова «смысловыми гнездами», состоящими из 5–6 слов, близкими по родовой принадлежности, например, транспорт: «автомобиль, поезд, самолет, пароход». После такого «смыслового гнезда» может следовать другое: «море, река, озеро» и т.д. У больных эпилепсией эти «смысловые гнезда» состоят из значительно большего числа слов. В силу инертности они продолжают искать нужное слово здесь же, а не переходят к словам, принадлежащим к другому «смысловому гнезду».

Мышление больных эпилепсией становится инертным, избыточно конкретным и тугоподвижным. В мыслительных операциях характерно использование «шаблонов» с затруднением обобщения и отвлечения. Инертность протекания ассоциативных процессов у больных эпилепсией характеризует их мышление как вязкое. Это демонстрирует их произвольная речь: они «топчутся» на месте, не могут отвлечься от второстепенных, мало существенных деталей. Важно, что при этом цель высказывания не теряется.

В словесном эксперименте (надо без раздумья назвать слово в дополнение к услышанному, которое бы имело отношение к названному первым словом) четко видна узкость мышления больных эпилепсией: увеличивается время на ответ, часто повторяют услышанное (эхо-лалия) и одни и те же ответы. Часто на слова-раздражители больные отвечают словами из своего профессионального обихода. Иногда в качестве ответной реакции подбираются прилагательные, обозначающие цвет данного предмета или ответные слова относятся к предыдущим словам-раздражителям («запаздывающие» речевые реакции). Реже, к услышанному слову просто прибавляется частица «не», например, солнце – несолнце, лето – нелето... Испытываемые больным затруднения в подыскании нужного слова-антонима увеличиваются при предъявлении им слов абстрактного значения. Часто в словесном эксперименте встречаются ответные реакции в виде «штампов», например: «яблоко – груша», «птица – курица». При выраженном слабоумии ответные реакции стереотипны, однообразны – на все слова-раздражители больной может отвечать 2–3 словами («хороший» или «плохой»,

«знаю» или «не знаю»). Нередко словесные реакции отражают отношение больного к предметам, обозначенным словами-раздражителями, например: «город – люблю»; «булка – вкусная» и т. п. Эти особенности ассоциаций отражают изменения личности больных, присущий больным эпилепсией эгоцентризм («Я – центр Вселенной...»). Бросается в глаза чрезмерная детализация в мышлении и деятельности (рисунках, вышивании, описании рисунков и картин).

Уже в обычной беседе больные эпилепсией обнаруживают склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Еще больше эти особенности эпилептического мышления выступают при описании больными сложного рисунка или при пересказе текста. При этом больные подмечают совершенно несущественные детали, фиксируют на них свое внимание, при этом не улавливая его содержание.

Затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений характеризуют наблюдающиеся при эпилепсии снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. При исследовании методикой исключения (из 4-х представленных предметов, 3 имеют общие свойства и предназначение, четвёртый следует исключить по причине их отсутствия) больные крайне обстоятельно характеризуют каждый из четырех изображённых на рисунке предметов и либо не находят между ними отличия, либо заявляют, что все эти предметы ничего общего между собой не имеют. Так, больные приходят к выводу, что шкаф, кровать, этажерка и комод являются мебелью. Они не могут найти отличительного признака, позволяющего объединить виды мебели, служащие для хранения каких-либо предметов. Разглядывая картинку с изображением очков, часов, весов и термометра, больной дает им крайне детальную характеристику и утверждает, что не видит между ними ничего общего.

Больные эпилепсией выполняют методику «Классификация» (когда надо из предложенных картинок выделить группы схожих предметов и назвать их одним понятием: например, сирень, ландыш, роза и фиалка – цветы) по конкретно-ситуационному признаку. Характерно образование в процессе классификации нескольких мелких, близких по содержанию, групп. Например, выделяется посуда металлическая и стеклянная, обувь и головные уборы образуют отдельные группы и не объединяются с одеждой. При исследовании по методике складывания картинок из отрезков деятельность больных определяется непланомерным синтезом. Больные выполняют задание методом проб и ошибок. Выбирается обычно более крупный отрезок и к нему поочередно прикладываются все другие. Причем больные чаще руководствуются не представлением о целостном рисунке, а краями, формой и цветом отдельных отрезков. Вся эта работа выполняется с присущей больным эпилепсией педантичностью, тщательно, скрупулезно. Убедившись в неправильности соединения двух отрезков, больной откладывает один из них и примеряет следующий.

Особенностью мышления больных эпилепсией является их склонность к резонерству («пустословию на заданную тему»). При этом их высказывания носят поучительный тон, отражающий некоторую патетичность и перео-

ценку собственного жизненного опыта. Одновременно они носят характер неглубоких, поверхностных, бедных по содержанию суждений, содержат шаблонные, банальные ассоциации. Резонерские рассуждения эпилептиков всегда приурочены к конкретной ситуации, от которой больному трудно отвлечься.

Этот феномен мышления выявляется при предъявлении больным юмористических рисунков. Причина непонимания юмора больными эпилепсией – это прогрессирующее слабоумие с тугодумием, склонностью к резонерству, затруднениями в выделении существенного и тенденцией к детализации. При этом выявлялось не только характерное для эпилептического слабоумия непонимание юмора, но и интерпретация сюжета рисунка с привлечением собственного жизненного опыта и своих сложившихся непреодолимо-инертных представлений в плане обсуждаемых вопросов. Установлено, что чувство юмора у больных эпилепсией тем больше страдает, чем раньше началось заболевание и чем хуже была успеваемость больного в школе.

Особенности речи больных эпилепсией проявляются в беседе с ними. Характерны замедление ее темпа, употребление уменьшительных слов и речевых «штампов», олигофазия (малословие), которая является основным и наиболее характерным речевым расстройством у больных эпилепсией. Олигофазия при длительном течении заболевания обнаруживается и в межприпадных периодах. Она является отражением эпилептического слабоумия. Больные, испытывающие трудности при подыскании нужного слова, легче находят его, если им предъявляется фраза, в которой это слово исследующим специально пропускается. Бросается в глаза бедность словарного запаса. Речь становится медленной, монотонной, с застреванием на мелких, ненужных подробностях. Чрезмерный педантизм проявляет и в ходе написания письма. При этом обязательно присутствует чёткий почерк, детальность изложения, время, дата, место, расстановка знаков препинания.

В эмоциональной сфере и личностных особенностях обращает на себя внимание резкие смены настроения и возможность совершать противоправные действия, если ситуация не удовлетворяет амбиции больного. Это проявляется в нарушении самооценки (чаще завышена), чрезмерной обстоятельности, дисфории (злбно-гневливым настроении), аффективной вязкости («застревании» на негативной эмоции несмотря на позитивное изменение ситуации, которая её вызвала), умиленности, внезапно сменяющейся взрывчатостью, злобностью если «дело пойдёт не по-моему...»). Для страдающего эпилепсией характерна повышенная гиперсоциальность: угодливость, добросовестность, альтруизм. Это хорошо отразил Ф. М. Достоевский в своих произведениях «Идиот» и «Преступление и наказание», где в образе князя Мышкина чётко проявляется гиперсоциальность, а в образе Раскольникова – асоциальное поведение.

При исследовании личностных особенностей больных эпилепсией посредством восприятия «чернильных пятен» (метод Роршаха: на листе бумаги имеется чернильное пятно с нечёткими очертаниями, испытуемому следует описать это пятно, сравнив с чем-то) отмечается тенден-

ция к интерпретациям пятен, в которых не учитывается все представленное обследуемому изображение. Как правило, больные для формирования образа избирают какую-либо деталь изображения. При этом наблюдается и своеобразное «застывание» на деталях. Часто такие интерпретации относятся к различным частям тела человека или животных. В то же время больные эпилепсией крайне редко дают ответы, связанные с видением целой человеческой фигуры. Для больных эпилепсией характерен детализирующий тип восприятия, отражающий черты эпилептической психики в восприятии. Характерно уменьшение количества «стандартных» интерпретаций, характерных для здоровых лиц с их нормальными стереотипами восприятия. У больных эпилепсией затруднены актуализация и реализация прошлого опыта. При глубоком эпилептическом слабоумии ответ больного сводится лишь к называнию цвета пятна.

Особенности личности больных эпилепсией изучается с помощью методики незаконченных предложений (следует произвольно закончить начатую фразу, например, «Я люблю свою работу потому ...»). У больных на первый план выступало преобладание словесных реакций, отражающих тенденцию к нивелированию возможных конфликтных факторов. На фоне начальной умилительности при внесении в исследование элемента фрустрации у испытуемого появляется взрывчатость и злобность. В ряде случаев в составленных больными фразах выявлялась агрессивность: например, «Если все против меня, то я буду бороться и ни перед чем не остановлюсь...». У больных эпилепсией нарушается самооценка. По мере углубления психического дефекта нарастают явления не критичности к себе и окружающей обстановки, появляется преувеличенно-оптимистическая оценка будущего. Больной с выраженным эпилептическим слабоумием фразу: «Думаю, что я достаточно способен, чтобы...» заканчивает следующим образом: «...учиться в институте».

Эпилептическое слабоумие, кроме снижения интеллекта, включает также ослабление памяти и неумение отличить главное от второстепенного. Больной теряет навыки, не может обобщать, возникает узость его суждений. В итоге больной только удовлетворяет свои личные потребности.

Указанные выше методики экспериментально-психологического исследования являются универсальными. Они могут быть применены не только к больным эпилепсией, но и к пациентам с другими психическими расстройствами. На практике медицинский психолог обычно применяет «батарею» из 6–8 проб, опросников, тестов, что позволяет уточнить структуру психопатологического синдрома, частности эпилептического, и помочь психиатру-эксперту правильно сформулировать окончательный диагноз.

Вышеперечисленные нарушения психических процессов у больных эпилепсией приводят к тому, что создаются предпосылки для совершения ООД [5]. Они не поддаются переубеждению. Правильная оценка социальных ситуаций им труднодоступна. Они часто не понимают характера противоправного действия и его последствий. Страдает антиципационная способность, т.е. способность предвидеть результат своих действий и в соответствии

с этим строить своё поведение [3]. Из-за ригидности мышления крайне сложно менять характер деятельности. Они не делают правильных выводов из прошлого опыта, что порождает ненужные конфликты. Поучительное резонёрство больных нередко вызывает раздражение окружающих и создаёт почву для конфликтов. Существует диссонанс между тем, что больной хочет и его потенциальными возможностями.

Неустойчивость эмоций снижают критику по оценке складывающейся обстановки. Ослабляется произвольный волевой контроль произвольного поведения, что создаёт предпосылки для совершения преступлений. Особенно это касается сумеречных состояний сознания, когда больной утрачивает продуктивный контакт с реальностью. Шаблонность мышления часто является причиной рецидива преступлений. Вспоминается случай, когда психически больной трижды лечился в стационаре с общим наблюдением по причине трёх схожих краж цветного металла вблизи его деревни. Чрезмерная обстоятельность в речи больных эпилепсией вызывает недовольство и раздражение собеседника, что может привести к нарушению коммуникации и общественно-опасным деяниям.

Таким образом, патопсихологическая характеристика эпилепсии может указывать на возможность формирования у больного этим недугом преступного поведения, что требует пристального внимания работников психиатрической службы и сотрудников органов внутренних дел.

Выводы

1. Характер протекания психических процессов у больных эпилепсией создаёт предпосылки для совершения ими общественно-опасных деяний, часто сопряжённых с особой жестокостью.
2. Психолого-диагностические методики позволяют выявить наличие изменений психики по «эпилептическому типу», установить характер протекания заболевания и степень нарушений базовых психических функций.
3. Больных эпилепсией, особенно с частым возникновением дисфорий и психотических расстройств различного плана, следует рассматривать как группу риска по совершению противоправных действий.

Литература

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – 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 / В. Д. Менделевич. – М.: Медпресс, 1999. – 592 с.
4. Петров, В. И. Медицинская психология. Курс лекций: учебное пособие / В. И. Петров. – Могилёв: МГУ имени А. А. Кулешова. 2012. – 367 с.
5. Платонов, К. Занимательная психология / К. Платонов. – М.: Римис, 2011. – 304 с.
6. Судебная психиатрия: курс лекций / сост. В. И. Петров. – Могилёв: МГУ имени А. А. Кулешова. 2014. – 212 с.

Поступила 29.12.2014 г.